UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEYVYLAN ARAUJO REIS

**AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO E O CUIDADO FAMILIAR DOS
ÍNDIOS MURA DE AUTAZES, AMAZONAS**

São Paulo
2016

DEYVYLAN ARAUJO REIS

**AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO E O CUIDADO FAMILIAR DOS
ÍNDIOS MURA DE AUTAZES, AMAZONAS**

Versão corrigida da Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro

Coorientadora: Profa. Dra. Rita Cassia Gengo e Silva

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**São Paulo
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/ ____/ ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Reis, Deyvylan Araujo

As práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura de Autazes, Amazonas / Deyvylan Araujo Reis. São Paulo, 2016.

268 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Mancussi e Faro

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cassia Gengo e Silva

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Atividades cotidianas. 2. Doença crônica. 3. Autocuidado 4. Família 5. Índios - amazônia.
6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Deyvyllan Araujo Reis

Título: As práticas de Autocuidado e o Cuidado Familiar dos índios da etnia Mura de Autazes, Amazonas.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

***Laura Silva Reis**, minha filha, pela sua existência em minha vida, tornando cada dia um novo sentido de viver.*

***Fabiana da Cunha Silva Reis**, minha esposa querida, pelo amor e a compreensão das minhas ausências.*

***Waldecy de Oliveira Reis e Antônia Araújo de Melo**, meus pais, pelo grande incentivo e apoio em todos os momentos.*

***Willyans Araujo Reis**, meu irmão, pelo apoio durante esta jornada.*

AGRADECIMENTOS

Quanto estou feliz, neste momento, por expressar a imensa alegria de poder superar todos os desafios e obstáculos que foram impostos nesta caminhada, que foi tão árdua.

***A todos que me ofereceram apoio em forma de estímulo**, abraços, torcida, conversa, oração, aprendizagem, ensino, ao longo desta trajetória, faço homenagem de agradecimento:*

***A Deus**, por me conceder saúde e força nos momentos difíceis nesta trajetória.*

*A minha filha, **Laura Silva Reis**, que nasceu durante essa jornada para alegrar as nossas vidas e ser o motivo de incentivo maior para superar qualquer desafio. Obrigado por tudo. O papai ama muito você.*

*Meu eterno amor, esposa e compreensiva **Fabiana da Cunha Silva**. Você é muito especial. Obrigado por existir em minha vida.*

***Minha Família**, em nome do meu pai **Waldecy de Oliveira Reis**, o seu apoio foi importante para o sucesso desta etapa da minha vida profissional tão almejada, mesmo não compreendendo tantos esforços e dedicação para esta pesquisa. Obrigado por tudo.*

***À Profa. Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro**, uma pessoa formidável e encantadora, sempre com sorriso no rosto e a sua alegria cativante quando eu a procurava ansiosamente e, sem perceber, você me tranquilizava com o seu jeito. Agradeço a sua confiança e amizade. Foram vários momentos de compartilhamento e aprendizagem. Não esquecendo que você faz parte do sucesso deste estudo. Por último, queria dizer que tem pessoas que passam na nossa vida, e você será a pessoa que sempre lembrarei. Obrigado, mais uma vez, por tudo.*

***À Profa. Dra. Rita Cassia Gengo e Silva**, pela amizade e confiança depositada em mim. Você entrou no meio desta jornada, mas a sua ajuda contribuiu muito na construção desta tese e para o sucesso dela pelas inúmeras partilhas de ensinamento.*

***À Profa. Dra. Rubia Aparecida Lacerda** pelo aceite e participação no exame de qualificação, bem como pelas contribuições a este estudo.*

***Ao Prof. Dr. Paulo Fernando Souza Campos** por ter aceito o convite no exame de qualificação e pelas suas contribuições a esta pesquisa.*

***À Profa. Dra. Angela Maria Geraldo Pierin** por ter aceitado em participar como suplente no exame de qualificação.*

Ao Prof. Dr. Daniel Scopel por ter aceitado em participar como suplente no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Evelyne Maria Therese Mainbourg por ter aceitado, logo de início, participar como suplente no exame de qualificação.

Aos Professores Doutores, pelo aceite do convite e participação na defesa, bem como importantes contribuições a esta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Universidade de São Paulo.

Aos coordenadores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Universidade de São Paulo.

Aos meus colegas do DINTER USP/UFAM, através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Universidade de São Paulo.

Aos meus companheiros e colegas que compartilharam e desenvolveram a sua pesquisa com a mesma população do estudo, agradeço o apoio e companheirismo na cidade de Autazes e em São Paulo, em nome de **Alaidistânia Aparecida Ferreira, Anna Paula de Carvalho, Rizioléia Marina Pinheiro Pina, Zilmar Augusto de Souza Filho**. Tenham certeza que esses momentos, vivenciados juntos, não serão esquecidos.

À Universidade Federal do Amazonas- UFAM e ao Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) pela liberação para cursar o estágio doutoral e o incentivo aos estudos. Muito obrigado.

Aos Profissionais de Saúde do Polo-base Pantaleão por terem ajudado, em todos os momentos, no desenvolvimento deste estudo.

Aos Agentes Indígenas de Saúde, os meus sinceros agradecimentos.

A Agnaldo Amorim e Fátima Silva, meus sogros, pelo apoio, incentivo, ajuda e orações.

À Marilda da Cunha e Denise Silva, pelo pensamento positivo e orações.

Aos indígenas da etnia Mura, que foram os participantes do estudo, por terem permitindo minha entrada em seus domicílios, ou sua disponibilidade de ir à unidade do Polo- base Pantaleão para contribuir com esta pesquisa. Meu muito obrigado.

A todos que aqui não mencionei, mas que de alguma forma deram provas de presença e apoio para seguir em frente. **Obrigado.**

EPÍGRAFE

Na adversidade, uns desistem, enquanto outros batem recordes.

Ayrton Senna

REIS DA. As práticas de Autocuidado e o cuidado familiar dos índios da etnia Mura de Autazes, Amazonas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Este estudo tem como objeto as práticas de autocuidado e o cuidado familiar do indígena com Doença Crônica Não Transmissível. **Objetivo:** Analisar as práticas de autocuidado e do cuidado familiar, seguido pela caracterização demográfica e socioeconômica, verificação da prevalência da Doença Crônica Não Transmissível, identificação das práticas de autocuidado, das características do cuidado familiar, avaliação do desempenho das Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária dos índios da etnia Mura, além da associação com as variáveis do estudo. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, de 198 índios adultos com Doença Crônica Não Transmissível, cadastrados no Polo-base Pantaleão do município de Autazes, Amazonas. Foi aplicado um formulário com questões referentes aos dados demográficos, socioeconômicos e de condição de saúde, às práticas de autocuidado e do cuidado familiar, além dos instrumentos como o Índice de Barthel e a Escala de Lawton. Na análise descritiva, procedeu-se a descrição dos dados por meio da distribuição de frequência, porcentagem e medidas descritivas (média, desvio padrão, amplitude mínima e máxima). Na análise inferencial foram empregados os testes Qui-Quadrado de Pearson e o Exato de Fisher para associação entre as variáveis, sendo adotado um nível de significância de 5%. **Resultados:** Houve predomínio do sexo feminino, com média de 59 anos. Quanto às práticas de autocuidado relacionadas aos hábitos alimentares e de vida: 92,5% relataram consumir frutas, 83,8% verduras, 98,0% legumes, 68,2% carne, 88,4% frango, 96,0% peixes; 86,4% não tabagistas, 92,4% não etilistas, 85,4% não praticantes de exercício físico e 97,5% de esporte. Com relação ao cuidado familiar, a dimensão instrumental e emocional demonstrou-se mais frequente, promovida pelos familiares como as filhas e os cônjuges. A avaliação do autocuidado nas Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumental da Vida Diária constatou que a maioria é considerada independente funcional. Dos dados analisados, foi encontrada associação estatística entre as Doenças do Sistema Circulatório com os sinais e sintomas e a etiologia para o conhecimento da Doença Crônica Não Transmissível, internação hospitalar, restrição no consumo de alimento gorduroso, no uso de sal na refeição já servida e não seguir nenhuma restrição alimentar, medicamento, quantidade de medicamento, Dieta/alimentação e o comportamento na prática de autocuidado, Dieta/alimentação nas orientações recebidas sobre o autocuidado; as Doenças Nutricional e Endócrina Metabólica com o sexo, antecedente familiar, fisiologia e não ter conhecimento da Doença Crônica Não Transmissível, consumo de frango, não seguir nenhuma restrição alimentar, quantidade de medicamento, não seguir nenhuma prática de autocuidado, os aspectos emocionais e comportamentais para as dificuldades no autocuidado, Dieta/Alimentação para as orientações recebidas sobre o autocuidado; as Doenças

do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo com idade, renda pessoal, número de refeições, quantidade de medicamento e o conforto na prática de autocuidado. As Atividades da Vida Diária apresentaram associação estatística com a idade, escolaridade, autoavaliação de saúde, consulta na unidade, consumo de frutas, não realizar nenhuma prática de autocuidado, aspectos financeiros, físicos e não ter dificuldades no autocuidado. Quanto às Atividades Instrumentais da Vida Diária, teve associação estatística com a idade, escolaridade, situação ocupacional, renda pessoal e familiar, Índice de Massa Corpórea, consumo de frutas, etilismo, exercício físico, aspectos físicos para as dificuldades no autocuidado, Dieta/alimentação nas orientações recebidas sobre o autocuidado, dimensão instrumental e material no apoio social. As dimensões do apoio social apresentaram associação estatística entre o instrumental com o arranjo familiar, número de moradores; o emocional com a idade e escolaridade; material com as doenças do sistema nervoso; a interação social positiva com idade, escolaridade, arranjo familiar e as doenças dos olhos e anexos.

Conclusão: Diante dos resultados obtidos neste estudo, reconhecemos a importância dos profissionais de saúde do Polo-base nas questões sobre o conhecimento das práticas de autocuidado, e o apoio social promovido pela família para a abordagem no tratamento e acompanhamento ao índio com Doença Crônica Não Transmissível.

Palavras-chaves: Atividades cotidianas. Doença crônica não transmissível. Cuidado familiar. População indígena. Enfermagem.

REIS DA. Self-care practices and Family caregiving to Mura Indigenous people from Autazes, Amazonas State, Brazil [thesis]. São Paulo: Nursing School, São Paulo University; 2016.

ABSTRACT

Introduction: This study objectifies the self-care practices and family caregiving to the Indigenous individual suffering from Non-Communicable Diseases (NCDs). **Objective:** To analyze the self-care practices and family caregiving followed by the demographic and socioeconomic profile, assessment of the prevalence of Non-Communicable Diseases, identification of self-care practices, characteristics of the family caregiving and evaluation of the performance in the Activities of Daily Living (ADLs) and in the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) among Mura Indigenous individuals, besides the association with the study variables. **Method:** Exploratory, descriptive, crosscut, quantitative study with 198 adult Indigenous individuals, Mura ethnicity, suffering from NCDs, registered at Pantaleão Primary Health Care Center in the municipality of Autazes, Amazonas State, Brazil. A formulary was applied with questions regarding demographic, socioeconomic data, health status, self-care practices and family caregiving, as well as instruments, such as the Barthel Index and Lawton Scale. In the descriptive analysis, data description was performed by means of percentage frequency distribution, and descriptive measures (mean, standard deviation, amplitude, maximum and minimum values). Inferential Statistical Analysis was performed by means of Pearson's Chi-square Test and Fisher's Exact Test for variable association, significance level of 5%. **Results:** Female prevalence, average age of 59 years. Regarding self-care practices related to food and lifestyle habits, 92.5% reported fruit consumption, green leaves (83.8%), vegetables (98.0%), meat (68.2%), chicken (88.4%), and fish (96.0%); non-smokers (86.4%), non-alcoholic (92.4%), 85.4% do not exercise or practice sports (97.5%). In relation to family caregiving, the instrumental and emotional dimension was the most frequent, promoted by family members, such as daughters and spouses. Self-care assessment for the ADLs and IADLs evidenced that most individuals were functionally independent. From the analyzed data, statistical association was found between circulatory system diseases (CSDs) with their signs and symptoms and the etiology for NCD knowledge, hospitalization, restriction of high-fat food intake, addition of salt to the served food, non-compliance to any dietary guidelines, medication, amount of medication, diet/food and behavior for self-care practice, diet/food under the received self-care guidance; Endocrine, nutritional and metabolic diseases were associated with gender, family history, physiology and unawareness of NCDs, chicken consumption, non-compliance to any dietary guidelines, amount of medication, non-compliance to any self-care practice; emotional and behavioral aspects were associated with self-care deficits, Diet/Food with received self-care guidance; Osteomuscular system and connective tissue diseases were associated with age, income, number of meals, amount of medication and ease on the self-care practice. ADLs were statistically associated with age, schooling, health status self-assessment, health care center visits, fruit intake,

non-compliance to any self-care practice, financial and physical aspects, and ease on self-care. As for the IADLs, they were statistically associated with age, schooling, occupational status, individual and family income, Body Mass Index (BMI), fruit intake, alcoholism, exercising, physical aspects for self-care deficits, Diet/food in the received self-care guidance, instrumental and material dimensions for social support. Social support dimensions evidenced statistical association between the instrumental and the family arrangement, number of residents; the emotional social support dimension was associated with age and schooling; the material dimension with nervous system diseases; positive social interaction with age, schooling, family arrangement and eye-related diseases. **Conclusion:** Due to the obtained results in this study, we recognize the importance of the healthcare professionals from the referred Primary Health Care Center in the issues regarding the knowledge of self-care practices, as well as the social support promoted by the family on the treatment approach and follow up to the Indigenous individual suffering from a Non-Communicable Disease.

Key words: Activities of Daily Living. Non-Communicable Disease. Family caregiving. Indigenous population. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.....	96
Tabela 2 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a ocupação com vínculo empregatício, autônomo e as atividades antes da aposentadoria. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.....	99
Tabela 3 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), conforme características do domicílio. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	101
Tabela 4 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, conforme o tipo de família. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	102
Tabela 5 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura segundo os antecedentes familiares de DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	103
Tabela 6 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura (N=198) segundo as DCNTs e o tempo de conhecimento de acordo com os capítulos da CID-10. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	104
Tabela 7 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura, segundo o conhecimento sobre a DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	106
Tabela 8 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=128), segundo classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) e a medida descritiva em ambos os sexos. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	107
Tabela 9 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, conforme a frequência na consulta ao Polo base Pantaleão e o número de internações hospitalar nos últimos 12 meses. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	108
Tabela 10 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o número de refeições por dia e frequência do consumo de frutas, verduras e legumes como hábito alimentar. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	109
Tabela 11 - Distribuição dos indígenas com DCNT segundo a frequência do consumo de carne, frango industrializado, galinha de quintal, peixe e carne silvestre como hábito alimentar. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	110
Tabela 12 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a frequência do consumo de refrigerante, suco industrializado, doce, comida enlatada e preparada e frituras como hábito alimentar não saudável. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	112
Tabela 13 - Descrição das características relatadas sobre restrição alimentar seguida pelos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	114
Tabela 14 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o hábito de vida relacionado ao tabagismo e ao etilismo. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	115

Tabela 15 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o hábito de vida relacionado à prática de exercício físico e esporte. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	117
Tabela 16 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo o tratamento terapêutico. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	118
Tabela 17 - Características dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo as práticas de autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.....	119
Tabela 18 - Características dos indígenas da etnia Mura com DCNT para as dificuldades para a prática de autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	121
Tabela 19 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), conforme os relatos de orientação recebida sobre o autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	122
Tabela 20 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo as dimensões de apoio social no domicílio. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	122
Tabela 21 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o provedor de ajuda e as dimensões de apoio social (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	123
Tabela 22 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo os itens do Índice de Barthel para AVDs. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	125
Tabela 23 - Medida descritiva da pontuação dos itens do Índice de Barthel dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016...	126
Tabela 24 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, conforme o grau de dependência pela classificação do Índice de Barthel para o autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	126
Tabela 25 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo os itens da Escala de Lawton para AIVDs. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	127
Tabela 26 - Medida descritiva da pontuação dos itens da Escala de Lawton dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016...	128
Tabela 27 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a classificação da Escala de Lawton. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	128
Tabela 28 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a capacidade funcional através do Índice de Barthel e a Escala de Lawton. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	129
Tabela 29 - Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	129
Tabela 30 - Análise da associação entre antecedentes familiares, as categorias do conhecimento da doença e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	131

Tabela 31 - Análise da associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e as DCNT dos indígenas da etnia Mura (N=128). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.....	131
Tabela 32 - Análise da associação entre a autoavaliação de saúde e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	132
Tabela 33 - Análise da associação entre o atendimento ambulatorial, hospitalar e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	132
Tabela 34 - Análise da associação entre o hábito alimentar e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	133
Tabela 35 - Análise da associação entre o hábito de alimento não saudável e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	134
Tabela 36 - Análise da associação entre a restrição alimentar seguida e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	135
Tabela 37 - Análise da associação entre o hábito de vida relacionado ao tabagismo, etilismo, exercício físico, esporte e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	136
Tabela 38 - Análise da associação entre o tratamento terapêutico e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	136
Tabela 39 - Análise da associação entre a prática de autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	137
Tabela 40 - Análise da associação entre as dificuldades para realizar o autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	138
Tabela 41 - Análise da associação entre as orientações recebidas de autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	139
Tabela 42 - Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	140
Tabela 43 - Análise da associação das DCNTs e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	141
Tabela 44 - Análise da associação entre a autoavaliação de saúde e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016	142
Tabela 45 - Análise da associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	143
Tabela 46 - Análise da associação entre o atendimento ambulatorial, hospitalar e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	143
Tabela 47 - Análise da associação entre o número de DCNT e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016. ...	144

Tabela 48 - Análise da associação entre o hábito alimentar e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	144
Tabela 49 - Análise da associação entre o hábito alimentar não saudável e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	145
Tabela 50 - Análise da associação entre a restrição alimentar seguida e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	146
Tabela 51 - Análise da associação entre as variáveis relacionadas ao tabagismo, etilismo e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.....	147
Tabela 52 - Análise da associação entre o tratamento terapêutico e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	147
Tabela 53 - Análise da associação entre a prática de autocuidado e o grau de dependência nas AVDS e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	148
Tabela 54 - Análise da associação entre a dificuldade no autocuidado e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	149
Tabela 55 - Análise da associação entre a orientação recebida de autocuidado e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	149
Tabela 56 - Análise da associação entre as dimensões do apoio social e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.	151
Tabela 57 - Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômica e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.....	153
Tabela 58 - Análise da associação entre as variáveis relacionadas ao domicílio e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	154
Tabela 59 - Análise da associação entre as DCNTs e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	155
Tabela 60 - Análise da associação entre o atendimento ambulatorial, hospitalar e as dimensões do apoio social promovida pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.	157

Tabela 61 - Análise da associação entre as práticas de autocuidado e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016..... 158

Tabela 62- Análise da associação entre as dificuldades para realizar o autocuidado e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016. 159

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo a autoavaliação de saúde. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016. 106

Gráfico 2 - Distribuição em porcentagem dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo os cuidados desenvolvidos dentro e fora do domicílio pelos membros familiares. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016. 124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos componentes da CIF	41
Quadro 2 - Descrição da pontuação e níveis de dependências do índice de Barthel	47
Quadro 3 - Distribuição em porcentagem das Localizações das Terras Indígenas (TIs) por regiões do Brasil.	53
Quadro 4 - Variáveis do formulário para caracterização demográfica, socioeconômica, situação de saúde, as práticas de autocuidado e o cuidado familiar 2016.	86
Quadro 5 - Variáveis do Índice de Barthel. 2016.	89
Quadro 6 - Variáveis da Escala de Lawton. 2016.	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Interação entre os componentes da CIF	40
Figura 2 - Localização dos DSEIs no território brasileiro	62
Figura 3 - Organização do DSEIs e o modelo de organização de saúde	63
Figura 4 - Cidade de Autazes no Estado do Amazonas, 2016.	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	- Atividades Básicas da Vida Diária
AIS	- Agente Indígena de Saúde
AR	- Artrite Reumatoide
AVDs	- Atividades da Vida Diária
AIVDs	- Atividades Instrumentais da Vida Diária
CASAI	- Casa de Apoio à Saúde do Índio
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CF	- Capacidade Funcional
CIF	- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIDID	- Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
COIAB	- Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
CONDISI	- Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNPQ	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPI	- Comissão Parlamentar de Inquérito
CIM	- Conselho Indígena Mura
DCNTs	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DC	- Doença Crônica
DENM	- Doença Endócrina, Nutricional e Metabólica
DM	- Diabetes Mellitus
DSC	- Doença do Sistema Circulatório
DSEI	- Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSOTC	- Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
EMSI	- Equipe Multidisciplinar de Saúde
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
GARS	- Gait Abnormality Rating Scale
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	- Índice de Massa Corpórea
IB	- Índice de Barthel
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	- Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps
MAI	- Multilevel Assessment Instrument
MS	- Ministério da Saúde
OARS	- Older American Resources and Services
OASIM	- Organização dos Agentes de Saúde Indígena Mura

OEIM	- Organização dos Estudantes Indígenas Mura
OMIM	- Organização das Mulheres Indígenas Mura
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONGS	- Organizações Não Governamentais
OPAS	- Organização Pan-Americana
OPIM	- Organização dos Professores Indígenas Mura
POMA	- Performance Oriented Mobility Assessment
PNASPI	- Política Nacional da Saúde de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas
PPME	- Physical Performance and Mobility Examinations
PPT	- Physical Performance Test
PSF	- Programa Saúde da Família
PTA	- Physical Test Assessment
SESAI	- Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SPI	- Serviço de Proteção ao Índio
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSA	- Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	- Terra Indígena
UFAM	- Universidade Federal do Amazonas
USP	- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	25
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	30
3 REVISÃO DE LITERATURA	32
3.1 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	32
3.2 FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE HUMANA.....	36
3.3 CAPACIDADE FUNCIONAL.....	42
3.3.1 Índice de Barthel	43
3.3.2 Escala de Lawton	48
3.4 ASPECTOS HISTÓRICOS, DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DOS POVOS INDÍGENAS.....	51
3.4.1 Saúde dos povos indígenas no Brasil.....	56
3.4.2 Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	60
3.4.3 Organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	61
3.4.4 Povo indígena Mura	64
3.5 CONTEXTO DO CUIDADO FAMILIAR	69
3.6 CUIDADO E ENFERMAGEM NA SAÚDE INDÍGENA	72
3.7 ANTROPOLOGIA E CULTURA.....	75
4 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	81
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	81
4.2 LOCAL DO ESTUDO	81
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA.....	82
4.3.1 Amostra do estudo	82
4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão do estudo	83
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	83
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	86
4.5.1 Formulário para registro das características demográficas, socioeconômicas, ocupacionais, condição de saúde, prática de autocuidado e relacionadas ao cuidado familiar	86
4.5.1.1 Variáveis de estudo	86
4.5.1.2 Pré-teste	91
4.5.2 Avaliação do autocuidado nas AVDs e AIVDs.....	91
4.5.2.1 Índice de Barthel.....	91
4.5.2.2 Escala de Lawton	92
4.5.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	92
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO	93
5 RESULTADOS	96
5.1 Características demográficas e socioeconômicas dos indígenas da etnia Mura.....	96
5.2 Características da ocupação dos indígenas da etnia Mura.....	99
5.3 Características do domicílio e o tipo de família dos indígenas da etnia Mura	100
5.4 Características da condição de saúde dos indígenas da etnia Mura	102

5.5	Características das práticas de autocuidado dos indígenas da etnia Mura	109
5.6	Característica do cuidado familiar dos indígenas da etnia Mura.....	122
5.7	Avaliação do desempenho nas AVDs e AIVDs para o autocuidado dos indígenas da etnia Mura	125
5.8	Associações das variáveis relacionadas às DCNTs dos participantes do estudo	129
5.9	Associações das variáveis relacionadas às AVDs e AIVDs dos participantes do estudo	139
5.10	Associações das variáveis relacionadas ao cuidado familiar dos participantes do estudo	151
6	DISCUSSÃO.....	161
6.1	Características demográficas, socioeconômica e ocupacionais dos indígenas da etnia Mura	161
6.2	Características do domicílio e o tipo de família dos indígenas da etnia Mura	166
6.3	Características da condição de saúde dos indígenas da etnia Mura	167
6.4	Características das práticas de autocuidado dos indígenas da etnia Mura	176
6.5	Característica do cuidado familiar dos indígenas da etnia Mura.....	189
6.6	Avaliação do desempenho nas AVDs e AIVDS para o autocuidado dos índios da etnia Mura	193
6.7	Associações das variáveis do estudo com às DCNTs selecionadas dos participantes do estudo.....	196
6.8	Associações das variáveis relacionadas às AVDs e AIVDs dos participantes do estudo	202
6.9	Associações das variáveis relacionadas ao cuidado familiar dos participantes do estudo	209
7	CONCLUSÃO	212
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	217
9	REFERÊNCIAS	222
	APÊNDICES.....	246
	ANEXOS.....	255

1. Introdução

“Cada sonho que você deixa para trás, é um pedaço do seu futuro que deixa de existir”

Steve Jobs

1 INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta, como objeto de sua investigação, as práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). A compreensão que se buscou gira em torno da questão de como o indivíduo diagnosticado com condição crônica realiza o autocuidado, e ainda como o mesmo recebe apoio e ajuda do membro da família para suas atividades cotidianas.

As práticas de autocuidado estão relacionadas à capacidade de desenvolver as Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). Somando-se a essas atividades, a alimentação balanceada ou adequada, prática de exercícios físicos, não ter hábitos de fumar, não ingerir bebida alcoólica e fazer uso correto de medicamentos. As AVDs e AIVDs são importantes porque permitem a sobrevivência física da pessoa e ações dirigidas para satisfazer as próprias necessidades, de maneira a contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem-estar (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016; BRASIL, 2007).

O aparecimento de uma DCNT implica na necessidade de modificação no estilo de vida, ou seja, desenvolver as práticas de autocuidado. Desse modo, o indivíduo que apresenta prejuízo na função motora ou cognitiva, resultante de uma diminuição na capacidade de desempenhar as atividades de autocuidado, desenvolveu o que se denomina de déficit de autocuidado. Esse termo corresponde a um descompasso entre as ações que as pessoas deveriam desenvolver e aquelas que as mesmas demonstram capacidade para desenvolver, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar (FROTA et al., 2012).

A DCNT caracteriza-se por ser uma doença de longo prazo, com duração de 3 meses ou mais, com evolução gradual dos sintomas e improbabilidade de resolução espontânea, sendo potencialmente incapacitante (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

A DCNT é um fenômeno mundial que vem ocorrendo nas últimas décadas em todos os países. No ano de 2005, já se registrava que o número total previsto era de 58 milhões de óbitos por todas as causas, sendo que dessas, as DCNTs correspondiam a 35 milhões, o que significa o dobro do número de mortes a serem

causadas por todas as doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, tuberculose e malária), condições maternas e perinatais, e deficiências nutricionais combinadas (OPAS, 2005; BRASIL, 2011).

No Brasil, a Doença Crônica (DC) era um problema de saúde de maior magnitude e responsável por cerca de 58% das causas de mortes no ano de 2007, atingindo fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Essas enfermidades foram atribuídas às doenças cardiovasculares, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas (SCHMIDT et al., 2011). As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada, e não modificáveis como a hereditariedade, o sexo, raça e a idade (BRASIL, 2011).

A mudança no perfil das doenças na população brasileira, em decorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuíram para o maior risco do desenvolvimento de DCNT na população (SCHMIDT et al., 2011).

Para a prevenção e o controle das DCNTs, são necessárias ações de promoção de saúde, a fim de favorecer comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco, visando apoiar intervenções em saúde pública (OPAS, 2005; MALTA et al., 2006).

As DCNTs podem afetar toda a dinâmica da família, principalmente na inversão de papéis, o que antes não era realizado, perda de renda, maior tempo necessário para o cuidado com a doença, diminuição das atividades sociais e gastos com o tratamento (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016). Os membros da família podem tornar-se cuidadores da pessoa com doença crônica, resultando assim em assumir a responsabilidade de cuidar do outro, com quem têm um grau de dependência, e que necessita de ajuda para a realização das AVDs e/ou AIVDs, em decorrência da enfermidade.

O padrão de ocorrência das DCNTs tem colocado constantemente novos desafios para o setor da saúde, para os gestores públicos em geral, para a sociedade e os indivíduos, sendo que um deles é o financiamento das ações em saúde. As DCNTs são onerosas para o sistema de saúde e para os indivíduos, em especial, quando não há planejamento adequado no combate e prevenção das mesmas. Além disso, o enfrentamento dessas enfermidades necessita de expressivo investimento em pesquisa, vigilância, prevenção e promoção da saúde.

Nesse contexto, os grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de DCNT (SCHMIDT et al., 2011).

A população indígena no Brasil é composta por 896.917 pessoas que ocupam mais de quatro mil e duzentas terras indígenas, localizadas em vinte e quatro Estados e 432 municípios. A maior parte se encontra na região amazônica e no nordeste brasileiro (IBGE, 2012).

Esses povos indígenas brasileiros estão passando por mudanças intensas em sua relação com a terra, costume, trabalho, urbanização e a incorporação de novos hábitos culturais, como o consumo de alimentos industrializados e diminuição das atividades físicas, que conduzem à predominância de DCNTs, tais como Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que vêm afetando a sua saúde de maneira sem precedentes. Somando-se a essas causas, os transtornos mentais e comportamentais como o alcoolismo, a violência, os suicídios e os acidentes de trânsito (SCHMIDT et al., 2011; SANTOS; COIMBRA JUNIOR, 2003).

O Estado do Amazonas, que se localiza na Região Norte, é o primeiro em número de índios, correspondendo a 1.109 aldeias, totalizando 100.975 índios (IMBIRIBA et al., 2009; BRASIL, 2009b). O modo de vida dos indígenas da região Norte está baseado nos sistemas de subsistência, como a pesca, caça, agricultura e o artesanato, que se dão de forma integrada. Assim, os recursos naturais são utilizados por essas populações, que vivem tanto no meio urbano quanto no rural.

Pezzuti e Chaves (2009) mencionam que são raros os estudos que são desenvolvidos com os indígenas na Amazônia como forma de compreender o conjunto dos sistemas de subsistência dessa população. Apesar dos problemas desses povos em outras regiões do Brasil, alguns, na Amazônia, sofrem com a questão da demarcação do território, como é o caso dos indígenas da etnia Mura. Portanto, os casos específicos como esse acabam influenciando diretamente no processo saúde e doença desses grupos étnicos.

O acometimento das DCNTs na população indígena é um desafio, uma vez que há uma carência de investigações que valorizem a experiência para quem apresenta esse tipo de doenças e que abordem suas práticas de autocuidado e o cuidado familiar. O conhecimento e a exploração desse aspecto contribuem para criar condições de abordá-lo da maneira mais apropriada, trazendo benefício para as pessoas que apresentam essas enfermidades, que passam a receber orientações e

tratamentos mais adequados. No que se refere aos profissionais de saúde, contribuirá para a elaboração de abordagens no tratamento e acompanhamento ao índio com DCNT de maneira mais efetiva. Enquanto para a comunidade científica, o estudo torna-se extremamente relevante para embasar pesquisas futuras do tema em questão.

Nessa perspectiva, percebe-se a importância de pesquisar a temática proposta, o que se torna imprescindível para possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção mais relacionadas aos aspectos da cronicidade.

Buscando nortear este estudo, são apresentadas as seguintes questões de pesquisa:

1. Quais são as práticas de autocuidado dos índios da etnia Mura com DCNT?
2. Quais são os déficits de autocuidado dos índios da etnia Mura com DCNT?
3. Como se dá o cuidado no contexto da família dos índios da etnia Mura com DCNT no desempenho das AVDs e AIVDs, em relação a quem ajuda e à natureza do cuidado?

2. Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios da etnia Mura com DCNT.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Descrever as características dos índios da etnia Mura com DCNT, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, ocupacionais e de saúde;
2. Verificar a prevalência das DCNTs dos índios da etnia Mura;
3. Identificar as práticas de autocuidado dos índios da etnia Mura com DCNT;
4. Investigar as características do cuidado familiar dos índios da etnia Mura com DCNT;
5. Avaliar o desempenho das AVDs e AIVDs dos índios com DCNT da etnia Mura para seu Autocuidado;
6. Verificar associação entre as DCNTs, as práticas de autocuidado e o cuidado familiar;
7. Verificar associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde, as práticas de autocuidado, o cuidado familiar e o desempenho das AVDs e AIVDs dos índios da etnia Mura com DCNT.

3. Revisão de literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura foi estruturada frente aos objetivos propostos, centrando-os nos seguintes tópicos: Práticas de autocuidado; Funcionalidade e incapacidade humana; Capacidade funcional; Aspectos históricos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas, Contexto do cuidado familiar e Cuidado, Enfermagem na Saúde Indígena e Antropologia e Cultura.

3.1 PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO

O autocuidado é conceituado por Dorothea Elizabeth Orem como uma “função reguladora humana que é uma ação deliberada para suprir ou garantir o fornecimento dos materiais necessários para continuar a vida, o crescimento e o desenvolvimento e a manutenção da integridade humana” (MCEWEN; WILLS, 2016, pg147).

Orem, para a enfermagem, teve uma grande contribuição, principalmente na construção da teoria de autocuidado, muito utilizada pela Enfermagem nos dias atuais. A definição de autocuidado foi primeiro utilizada em sua conceituação em 1956. No ano de 1959, surge o questionamento “por que as pessoas necessitam e podem ser ajudadas através da enfermagem”. Assim, por meio da indagação da Enfermeira que contribuiu para a construção da teoria (TAYLOR, 2011).

Com os avanços dos seus estudos sobre o autocuidado, Dorothea Orem, em 1970, publicou “*Nursing: Concepts of practice*”. Essa edição tinha como aspecto apenas o indivíduo. No ano de 1980, publica a segunda edição, que passa a incluir as unidades multipessoais, como famílias, grupos e comunidade. Em 1985, a autora desenvolveu sua teoria geral do déficit de autocuidado, composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (FOSTER; BENNETT, 2000).

Silva e colaboradores (2009) citam em seu estudo que o autocuidado também pode ser compreendido como modelo da totalidade do ser, em que cada pessoa necessita se adaptar ao lugar em que vive, e com isso necessita se autocuidar. Os pesquisadores Castanharo e Wolff (2014) conceituam o autocuidado como atividades cotidianas realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, na manutenção da vida,

da saúde e do bem-estar. As atividades cotidianas estão relacionadas às atividades rotineiras do dia a dia ou cuidados pessoais, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar as refeições, fazer compras, usar o transporte e outras.

Essas atividades estão intimamente ligadas às práticas de autocuidado, que exigem a satisfação das necessidades diárias, geralmente chamadas de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). As AVDs são aprendidas no decorrer da vida e tornam-se hábitos, como higiene pessoal, banho, vestimenta, uso do sanitário, alimentação, deambulação e comunicação. Enquanto as AIVDs são habilidades para organizar o ambiente habitacional, como usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar a roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro (BRASIL, 2007).

Proot e colaboradores (2007) admitem que o autocuidado é mais que atividades aprendidas, que incluem as capacidades dos indivíduos de mobilidade, comunicação, cognição e as atividades da vida diária necessárias para o funcionamento humano. Assim, o autocuidado pode ser diferente para cada indivíduo, de acordo com a sua capacidade de realizar ou não as suas atividades em seu próprio benefício.

O autocuidado é uma “função reguladora que permite aos indivíduos realizarem, por si só, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do bem-estar” (GALVÃO; JANEIRO, 2013, p.227).

O processo de autocuidado pode ser dividido em manutenção e manejo, segundo Silva, Carneiro e Ogusuku (2012). A manutenção resulta da adesão quanto às práticas positivas para a saúde, como as práticas de exercícios regulares e o uso correto das medicações, enquanto o manejo do autocuidado corresponde a um processo cognitivo para identificar alterações sutis no estado de saúde e avaliar a importância dos sinais e sintomas, promovendo a ação para mudança específica.

No contexto do cuidado de Enfermagem, para manter o bem-estar do outro, os termos chamados de autocuidado e cuidado de si não são vistos como sinônimos. O autocuidado está centrado no paradigma da totalidade, considerando o ser humano como a soma do biológico, psicológico, espiritual e social, além de considerar a adaptação da pessoa ao meio ambiente. O cuidado de si, por sua vez, está ligado ao paradigma da simultaneidade e não vê a pessoa como a soma de suas partes, porque considera o todo maior que a soma de suas partes, além de propor uma interação do

indivíduo ao meio ambiente, podendo transformar e ser transformado por ele (SILVA et al., 2009).

Cardoso, Moraes e Pereira (2011) realizaram um estudo com 26 adultos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Várzea Grande no Estado do Mato Grosso, com o objetivo de caracterizar os diabéticos tipo 2 na referida unidade, atendida pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde da Família, em relação a variáveis sociodemográficas e práticas de autocuidado. Os resultados mostraram que 84,6% dos entrevistados não praticavam exercícios físicos, 80,8% referiram não fumar, sendo que desses, 26,9% eram ex-tabagistas, e 79,9% referiram não consumir nenhum tipo de bebida alcoólica. Em relação aos hábitos alimentares, 53,8% afirmaram que realizam de 4 a 6 refeições por dia. Portanto, as práticas de autocuidado não devem ser compreendidas como de exclusiva responsabilidade do indivíduo, como no caso do indivíduo com Diabetes, mas também do profissional e das instituições de saúde que assistem e promovem os cuidados.

Kralik, Price e Telford (2010) enfatizam que o autocuidado integra a capacidade de cuidar de si próprio, além do desempenho frente às atividades indispensáveis para alcançar, manter ou promover a saúde da pessoa portadora de DCNT. Esse é um componente integral para o manejo das doenças crônicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade. Os autores ainda mencionam que aprender o autocuidado é uma parte do processo que ocorre ao longo do tempo de vida do ser humano, sendo que cada pessoa aprende a maneira de cuidar de si no seu ritmo e de uma forma que possa inserir no seu contexto de vida. Desse modo, a pessoa com DCNT é capaz de aprender o autocuidado, permitindo a sua adaptação frente à enfermidade.

Xavier, Bittar e Ataíde (2009) afirmam que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, é a pessoa mais indicada para orientar a respeito das práticas de autocuidado a fim de garantir a eficácia da adesão ao tratamento, desde que possa respeitar as crenças das pessoas sobre a sua assistência, não devendo realizar ação baseada somente no conhecimento científico.

Cabe aqui salientar que quando se trata da população indígena, como é o caso deste estudo, a crença deve ser respeitada porque está enraizada na cultura, nos costumes, no seu próprio território, práticas e rituais de cura, manutenção de tradições dos seus antepassados. A cultura indígena é o modo de ver e de se situar no mundo,

como forma de organizar a vida social, política, econômica e espiritual de cada etnia, sendo que cada grupo tem uma cultura diferente, porque se relaciona e se situa no mundo de forma própria (LUCIANO, 2006).

O estudo realizado por Santos Filho, Rodrigues e Santos (2008) cita quatro tipos de papéis de autocuidado para os portadores de DM, que são:

- a. Manutenção da saúde: resulta do significado de manter a saúde através do desempenho de ações que convergem para o autocuidado, como evitar o tabagismo e o uso de bebidas, manter o peso corporal adequado, realizar uma alimentação balanceada, praticar atividades religiosas, alternativas e físicas regulares.
- b. Prevenção da complicação: consiste na prevenção das complicações de forma a manter o equilíbrio da doença, podendo utilizar as atividades educativas individuais ou em grupos.
- c. Autodiagnóstico, autotratamento e automedicação na DM: resulta do reconhecimento dos sinais e sintomas da hiperglicemia e da hipoglicemia como meio para prevenção das complicações agudas e crônicas.
- d. Participação ativa em serviços de saúde: resulta de ações que incluem o uso das estruturas disponíveis de apoio em saúde, na qual o portador possa tornar-se ativo nas suas decisões sobre seu tratamento, buscando a sua autonomia e independência.

Torres, Santos e Cordeiro (2014), em sua pesquisa com os usuários portadores de diabetes mellitus que não compareceriam ao programa educativo em diabetes da unidade básica de saúde, concluem que a barreira para o autocuidado estava relacionada à falta de tempo para atividade física, ao preparo dos alimentos, às dificuldades financeiras para incorporar uma dieta considerada mais saudável e, por último, às complicações da patologia como fatores que dificultam a realização do seu próprio cuidado. Assim, é necessário criar estratégias para a superação das barreiras que possam dificultar a realização do autocuidado, devendo envolver usuário, família e os profissionais de saúde.

Para Souza, Salomon e Lima (2014, pg.290), o autocuidado é “um processo cognitivo, afetivo e comportamental, no qual a pessoa passa a assumir a responsabilidade por sua própria vida, conquistando a integridade nas relações consigo e com o mundo em que está inserida”.

Portanto, é importante destacar que o comportamento no autocuidado pode ser influenciado pelo nível funcional do indivíduo e de como ele lida com a realização e desempenho nas AVDs e AIVDs.

3.2 FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE HUMANA

A funcionalidade humana é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação do indivíduo. Neste estudo, para a compreensão sobre a funcionalidade e incapacidade atreladas às condições de saúde, será abordada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Em 1980, a Organização Mundial de Saúde publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), com o intuito de responder à necessidade de conhecer mais sobre as consequências das doenças. Esse instrumento foi traduzido para o português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (OMS, 2003).

A CIDID descrevia, como sequência linear, as condições decorrentes da doença: Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem (ARAÚJO, 2012).

A ICIDH foi utilizada por serviços específicos, como o de reabilitação, e passou por revisão, em 1993, sendo denominada de ICIDH-2. Foram apontadas algumas fragilidades, como a falta de relação entre as dimensões que a compõe e a não abordagem de aspectos sociais e ambientais (BUCHALLA, 2003).

A ICIDH-2 moveu interesse por organização de grupos, membros da OMS de vários países da Europa e da América do Norte. Em 1996, em Genebra, iniciou-se um trabalho, pela OMS, de redigir uma versão preliminar que incorporava as diferentes propostas, a qual foi testada em um estudo-piloto. Após ter sido suficientemente avaliada, a classificação pôde ser apresentada à Assembleia Mundial de Saúde (OMS, 2004).

No ano de 2001, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Após ter sido analisada em mais de 50 países, envolvendo a participação de um número superior a 1800 profissionais de saúde, a mesma foi traduzida para o português como CIF em 2003 (BUCHALLA, 2003).

A tradução da CIF para o português deu-se através do Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa (OMS, 2003).

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde, proporcionando um sistema para a codificação de uma variada gama de informações sobre saúde (diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, motivos de contato com os serviços de saúde), utilizando uma linguagem padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde, em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências (OMS, 2003).

O modelo de função e incapacidade é um sistema de classificação utilizado pela CIF. O modelo baseia-se na ligação dos modelos médicos e sociais, bem como utiliza uma abordagem biopsicossocial como forma de integração de várias dimensões da saúde (biológica, individual e social). A funcionalidade e a incapacidade humana são concebidas como junção entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais) (SAMPAIO; LUZ, 2009).

A CIF é uma classificação da funcionalidade e da incapacidade que se associa, de maneira sistemática, aos domínios relacionados à saúde. Cada componente contém os domínios, que são agrupados de acordo com as suas características comuns e determinados segundo essas características. A classificação está organizada de acordo com um conjunto de princípios. Esses princípios relacionam-se à capacidade de inter-relação dos níveis e à hierarquia da classificação (conjuntos de níveis). Apesar disso, nem todas as categorias da CIF estão organizadas de maneira hierárquica (OMS, 2004).

Para a OMS (2003), a CIF tem como objetivos: oferecer um suporte científico para a compreensão e o estudo da saúde, além das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e feitos; criar uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para aprimorar a comunicação entre diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, executores de políticas públicas e o público, especialmente em pessoas com incapacidades; fornecer comparação entre as disciplinas e serviços de saúde entre países e em diferentes momentos ao longo do tempo; oferecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

Para Araújo (2011), a CIF também pode ser utilizada por diversos setores como: previdência social, educação, economia, trabalho, economia, política social, seguro, criação de legislação e modificação ambiental. Esse instrumento foi aceito pelas Nações Unidas, passando a ser integrado pelas normas ligadas à igualdade de oportunidades para os indivíduos com incapacidades. Enquanto no serviço de saúde, ensino e em pesquisa passam a ter grande contribuição através dos componentes da CIF.

A CIF baseia-se em uma abordagem biopsicossocial que é usada para se obter uma integração das várias dimensões, biológica, individual e social (SAMPAIO; LUZ, 2009). A avaliação de uma pessoa com deficiência consiste em um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica e a social, sendo que todo o nível atua sobre e sofre a ação dos demais, tendo uma influência dos fatores ambientais (ARAÚJO, 2012).

Buchalla e Laurenti (2010) citam que, no decorrer das décadas, passou a ser incorporado o conceito de Família nas classificações da OMS. Esse conceito surgiu da compreensão que apenas uma classificação não seria capaz de cobrir todas as possibilidades que se relacionam ao processo saúde e doença. Em relação aos estados referentes às consequências das doenças, estes deveriam ser coletados, quantificados e avaliados. Essa classificação não é apenas uma consequência das condições de saúde e doença, mas também é determinada pelo contexto do meio ambiente físico e social, envolvendo as diferentes culturas e atitudes em relação à deficiência. (OMS, 2003).

É importante registrar, neste estudo, as definições da linguagem técnica utilizadas na saúde funcional, segundo Araújo (2011), que são:

- Função: resulta daquilo que uma parte ou sistema do corpo ou um órgão do corpo faz, como a manutenção da pressão sanguínea, equilíbrio, controle esfinteriano.
- Deficiência: decorre da alteração funcional, disfunção, comprometimento nas funções do corpo (perda da amplitude de movimento, obstrução do fluxo aéreo)
- Estruturas: envolve uma parte anatômica ou topográfica do corpo.
- Mudanças estruturais: correspondem às alterações estruturais e lesões estruturais (edema, fratura, desgastes estruturais e amputações).

- Atividades e participação: resulta no que o corpo e o indivíduo realizam, como andar, correr, dirigir e jogar.
- Incapacidade: corresponde às limitações ou restrições nas atividades e na participação social, como dificuldades para andar, correr, trabalhar e jogar.
- Fatores ambientais: são fatores externos que agem como facilitadores ou barreiras na funcionalidade e na incapacidade, como facilitadores de próteses, carros adaptados e cuidadores. Já as barreiras são as escadas para um cadeirante, baixa renda, falta de acesso aos serviços de saúde.

A incapacidade funcional para a CIF é resultante da interação mútua entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição da participação social, e dos fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho nas AVDs, podendo atuar como facilitadores ou barreiras do estado funcional.

É notória a diferença da CIF na versão de 1980, a qual era classificada como “consequência da doença” e que passou a ser atribuída por “componentes da saúde” na versão de 2003 em português. Os componentes de saúde estão intimamente relacionados ao que constitui a saúde, enquanto que as “consequências” se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. Assim, a CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia, de modo que os investigadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos científicos adequados (OMS, 2004).

A funcionalidade humana, de acordo com a CIF da Organização Mundial de Saúde, é um termo macro que designa os elementos do corpo, suas funções e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais, indicando os aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde, e o contexto em que ele vive no que diz respeito aos fatores pessoais e ambientais (estruturais e atitudinais) (BUCHALLA, 2003).

Araújo e Neves (2014) citam que a CIF é apropriada para classificar o estado de funcionalidade de qualquer pessoa, em qualquer tempo e condição de saúde, também relacionado a fatores ambientais.

A CIF é um modelo dinâmico e multidirecional que interage entre seus componentes: funções do corpo, estrutura do corpo, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais (Figura 1). Esses componentes são definidos e

representados por letras minúsculas nesta classificação, segundo a OMS (2003) e Araújo (2011), a saber:

- Função: resulta das funções fisiológicas do corpo humano, incluindo as funções mentais, sendo representada pela letra “b” (*body*);
- Estrutura do corpo: envolve as partes anatômicas do corpo, sendo demonstrada pela letra “s” (*structure*);
- Atividades: correspondem à realização ou limitação de uma ação pela pessoa, sendo representadas pela letra “d” (*domain*);
- Participação: é o envolvimento ou restrição da pessoa em situação de vida, sendo representada pela letra “d”, a mesma utilizada em atividades descritas anteriormente para compor uma lista única.
- Fatores ambientais: referem-se ao ambiente físico, social e de comportamento em que o indivíduo vive e conduz sua vida, sendo representados pela letra “e” (*environment*).

A CIF é dividida em duas partes: a primeira consiste em avaliar a incapacidade e a funcionalidade, que atendem às funções do corpo quanto à estrutura corpórea, às atividades e à participação social. A segunda parte avalia os fatores contextuais (ambientais e pessoais), que podem ser facilitadores ou barreiras para o desempenho das atividades.

Figura 1- Interação entre os componentes da CIF

Fonte: OMS, 2003

Em relação aos aspectos de funcionalidade e/ou incapacidade de uma pessoa, esses são avaliados mediante a análise conjunta dos componentes da CIF, que são caracterizados da seguinte forma, apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos componentes da CIF

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	
	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
Funções	Integridade funcional e estrutural	Deficiência
Atividades	Atividades (Capacidades)	Limitação de Atividades
Participação	Participação (Desempenho)	Restrição da Participação
Fatores Ambientais	Facilitadores	Barreira/Obstáculos

Fonte: Adaptado por Araújo, 2011.

A partir de sua publicação, a CIF foi utilizada por vários países para o enquadramento das alterações legislativas ou políticas e de regulação social no âmbito dos subsídios de incapacidade, sistemas de pensões por invalidez ou velhice, políticas de trabalho ou de reformas com relação às pessoas com incapacidades (OMS, 2003).

Alford e colaboradores (2013) desenvolveram uma pesquisa que buscava identificar a extensão e o contexto da utilização da CIF na população indígena e fornecer a base sobre a qual se pode considerar seu uso potencial para a compreensão das experiências de saúde dessas comunidades. O estudo trata de uma revisão sistemática de literatura no período de 2001 até 2012.

Ainda sobre o estudo anterior, os pesquisadores obtiveram como resultados, cinco publicações e apenas três com envolvimento exclusivo da população indígena. O primeiro artigo analisado foi aplicado à CIF, a fim de buscar a compreensão de saúde e as influências da cultura dos índios canadenses; o segundo teve um enfoque semelhante ao do primeiro e foi utilizada a versão ICDH em duas comunidades indígenas australianas; o terceiro utilizou a parte conceitual da CIF para discussões em oficinas na busca para melhorar os cuidados nas comunidades indígenas remotas, como parte do programa de Higiene doméstica e comunitária.

Assim, os autores concluíram através dos estudos que a aplicação da CIF na população indígena ainda é limitada e ressaltam que a CIF tem o potencial para ajudar a compreender a experiência da saúde e o funcionamento da pessoa indígena, sendo necessários mais estudos para determinar se a CIF é uma ferramenta culturalmente apropriada e capaz de capturar a experiência de saúde dessa população.

A funcionalidade está diretamente ligada à capacidade funcional, que incorpora todas as funções do corpo, atividades e participação, aponta os aspectos positivos ou facilitadores da interação entre uma pessoa com uma condição de saúde e seus fatores contextuais (FONTES; BOTELHO; FERNANDE, 2013).

3.3 CAPACIDADE FUNCIONAL

A Capacidade Funcional (CF) é definida como a habilidade da pessoa em realizar as atividades básicas e instrumentais, ou seja, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar as refeições, manter seu controle financeiro, ingerir remédio, fazer compras, arrumar a casa, usar o transporte coletivo, usar o telefone e caminhar certa distância (REIS, 2013; CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

No ano de 1954 surgiu o termo AVD que expressava a independência do indivíduo para as atividades do cotidiano. Em 1963, Katz apresenta o termo de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) que abrange as atividades que permitiam as pessoas viverem em seu próprio ambiente por meio de ações de autocuidado. Nessa época, foi desenvolvida a primeira escala chamada de índice de Katz, planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades do dia a dia de forma independente e, assim, determinar as intervenções necessárias de reabilitação (KATZ et al., 1963; BRASIL, 2007).

Em 1969, Lawton e Brody apresentaram a expressão “atividades instrumentais da vida diária” e criaram um instrumento para avaliar essas atividades, consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada à capacidade de vida comunitária independente (PASCHOAL, 2011).

As AVDs e AIVDs são indicadores mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional. As AVDs consistem na realização de tarefas de autocuidado, como tomar banho, comer, vestir-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. As AIVDs estão relacionadas à realização de tarefas mais complexas, relacionadas à participação do indivíduo em seu meio social, como fazer compras, preparar as refeições (SANTOS, FRANCO, REIS, 2014).

É importante destacar o conceito dos termos independente, autonomia e dependência para o entendimento sobre a capacidade funcional. A independência é

compreendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida, ou seja, realizar as atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). A autonomia, no entanto, é a capacidade de o indivíduo tomar as suas próprias decisões ou o direito de a pessoa decidir o que é melhor para si. E o último é a dependência, que resulta de o indivíduo não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem ajuda de outra pessoa (PASCHOAL, 2011; BRASIL, 2007).

Quando ocorre o comprometimento da capacidade funcional, impedindo ou limitando o próprio cuidado, implica à pessoa, a perda da independência e autonomia, o que, conseqüentemente, a leva à incapacidade funcional. Alves, Leite e Machado (2008) mencionam que a incapacidade funcional resulta da dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu cotidiano, abrangendo dois tipos de AVDs e AIVDs.

Além do índice de Katz e escala de Lawton, mencionados anteriormente, surgiram outros instrumentos como a Medida de Independência (MIF), Índice de Barthel (IB), *Older American Resources and Services* (OARS), *Multilevel Assessment Instrument*(MAI), *Performance-Oriented Mobility Assesment-* (POMA), *Physical Performance Test* (PPT), *Physical Test Assessment* (PTA), *Gait Abnormality Rating Scale* (GARS), *Physical Performace and Mobility Examinations* (PPME), Berg Test (BT) e o Perfil PULSES (KAWASAKI, 2004). Portanto, a escolha do instrumento de avaliação funcional deve ser criteriosa e leva em consideração o que espera ser medido.

Desses instrumentos, poucos foram amplamente utilizados e testados em sua especificidade, sensibilidade e confiabilidade na realidade brasileira. Entre eles, estão o índice de Barthel e a escala de Lawton que será utilizada neste estudo, a fim de realizar a avaliação do autocuidado no desempenho das AVDs e AIVDs.

3.3.1 Índice de Barthel

Em 1965, Mahoney e Barthel desenvolveram uma escala de peso denominada Índice de Barthel (IB), que buscava medir AVDs em pacientes com incapacidades crônicas através da capacidade do desempenho na mobilidade, autocuidado e continência no ambiente hospitalar em Maryland (MAHONEY; BARTHEL, 1965). Essa

escala passou a ser reconhecida e recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e OMS, tendo em vista a facilidade de aplicação e adaptação a diferentes culturas.

Santos e Cunha (2014, pg.276) citam que o IB tem como objetivo “avaliar o potencial funcional e os resultados do tratamento de reabilitação dos pacientes que sofreram acidente vascular cerebral”.

Para Minosso e colaboradores (2010), o IB pertence ao campo de avaliação das AVDs e avalia o nível de assistência necessário para uma pessoa no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Essas AVDs que são avaliadas no IB, são descritas a seguir, seguindo a versão original do instrumento (MAHONEY; BARTHEL, 1965):

- Alimentação: é avaliada no ato de conduzir a comida do prato à boca, à capacidade de usar qualquer talher, bem como comer em tempo razoável. O indivíduo que requer auxílio é classificado como necessitando de ajuda, e aquele que não consegue levar a comida do prato à boca é definido como dependente, sendo independente aquele que é capaz de se alimentar sozinho;
- Higiene pessoal: é a capacidade de lavar o rosto, as mãos, escovar os dentes e se barbear sem necessitar de ajuda. O indivíduo dependente é o que necessita de auxílio de outra pessoa em qualquer uma das atividades descritas e, o independente, é o que consegue realizar sozinho esta atividade.
- Uso do sanitário: é avaliada pela facilidade no uso do vaso sanitário para excreções, assim como para arrumar as próprias roupas e limpar-se. Os indivíduos que precisam de auxílio para manter o equilíbrio ou para se limpar receberam a designação “necessitando de ajuda”. Dependentes são aqueles que recebem auxílio direto de outra pessoa ou que não desempenham a função, e independentes são os que conseguem realizar a atividade sem apoio ou ajuda de outra pessoa.
- Banho: refere-se ao uso do banheiro ou chuveiro. Nessa tarefa é classificado dependente o indivíduo que necessita de ajuda ou supervisão de outra

peessoa nessa função e, independente, o que é capaz de executar a tarefa sem ajuda de terceiros.

- Vestir: considera-se o ato de pegar as roupas no armário e vesti-la. Nessa atividade as roupas são as íntimas, externas, fechos e cintos. É importante mencionar que calçar sapatos é excluído da avaliação. A classificação para “necessidade de ajuda” é atribuída ao indivíduo que realiza pelo menos a metade das tarefas em tempo razoável ou ajuda de terceiros; “dependente” quando não consegue cumprir essa atividade, e “independente” quando consegue realizar sozinho a atividade e sem nenhuma ajuda;
- Controle fecal: considera-se a ausência de episódios de incontinência. A classificação para essa atividade é continente, necessita de ajuda e incontinente. Continente é o que apresenta perda involuntária de fezes; necessitando de ajuda é o que vivencia episódios ocasionais de incontinência fecal; independente é o que realiza essa atividade de forma livre, sem nenhum auxílio e ajuda;
- Controle urinário: avaliar as funções das eliminações vesicais, podendo ser classificado esse item como: continente, necessita de ajuda e dependente. O continente é o indivíduo que não apresenta episódios de perda involuntária de urina; necessita de ajuda são os que apresentam episódios esporádicos ou que não conseguem sem ajuda de sondas ou outros dispositivos; independente, o indivíduo que executa essa atividade sem ajuda ou qualquer dispositivo para eliminação de urina;
- Deambular: avaliar a deambulação, que considera independente o indivíduo capaz de caminhar sem ajuda por até 50 metros, podendo utilizar apoio de bengala, muleta, prótese ou andador. Necessita de ajuda são classificados aqueles que podem caminhar até 50 metros, mas necessitam de ajuda ou supervisão, e o independente é aquele que consegue realizar a atividade sem nenhuma dificuldade. O independente com cadeira de rodas resulta de o indivíduo caminhar 50 metros sem ajuda ou supervisão, mas utilizando a cadeira de rodas;

- Transferência da cadeira para cama: é avaliada pelo movimento necessário no deslocamento da cama para a cadeira e vice-versa. A classificação para essa atividade consiste em Dependente, Necessita de ajuda mínima ou supervisão, Necessita de ajuda e Independente. “Dependente” é o que não consegue sentar-se e incapaz de colaborar durante as transferências; “Necessita de ajuda mínima ou supervisão” é quando o sujeito requer atenção ou apoio para efetuar a transferência; “Necessita de ajuda” se refere ao indivíduo que requer ajuda em uma das etapas da atividade; “Independente” é o que consegue sentar e realizar a transferência sem auxílio ou ajuda de terceiros;
- Subir e descer a escada: refere-se à capacidade de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que haja necessidade de dispositivo como muleta, bengala, apoio no corrimão. Essa atividade é classificada em Dependente, Necessita de ajuda e Independente. “Dependente” resulta do indivíduo incapaz de subir e descer a escada; “Necessita de ajuda” consiste na necessidade de ajuda física ou de supervisão ao descer e subir escadas; “Independente” refere-se à pessoa que consegue realizar essa atividade sem apoio ou ajuda de outra pessoa.

A pontuação atribuída nos itens das AVDs do IB varia de 0 (dependente), 5 (necessidade de ajuda ou supervisão), 10 (parcialmente dependente) e 15 (independente), esse último considerado para os itens do instrumento somente na transferência da cadeira para cama e na deambulação. O resultado final pode variar na pontuação de 0-100 pontos, cujo somatório traduz o nível de dependência da pessoa, ou seja, dependência total (0 a 20 pontos), dependência grave (de 20 a 35 pontos), dependência moderada (40-55 pontos), dependência leve (60-89 pontos) e independente (90-100 pontos), conforme demonstrado no Quadro 2 (SEQUEIRA, 2010).

Quadro 2 - Descrição da pontuação e níveis de dependências do índice de Barthel.

Pontuação	Níveis de dependências
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

Fonte: SEQUEIRA, 2010.

A pontuação no IB refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia. A aplicação do IB pode ser orientada ao indivíduo que não conseguir ler o questionário, alguém pode ler o mesmo e é permitido que algum familiar ou pessoa próxima responda pelo indivíduo e se recomenda que as informações obtidas devam ser relativas às últimas 48 horas.

O IB mensura a independência funcional e a mobilidade em sujeitos com doenças crônicas, indicando se estes necessitam de cuidados. Além disso, avalia quantitativamente se a pessoa é capaz de desempenhar, independentemente, determinadas tarefas. Esse instrumento pode ser aplicado através da observação direta, de registros clínicos ou ser autoministrado.

Nos dias atuais, o IB continua sendo amplamente utilizado, mas essencialmente em contexto hospitalar, unidade e centros de reabilitação, ensino e pesquisa, sendo considerado como o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVDs.

Araújo e colaboradores (2007) publicaram um estudo desenvolvido com 209 idosos em três comunidades da região norte de Portugal, concluindo que o Índice de Barthel é um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica, sendo que a avaliação dos itens aparece como mais significativa que o resultado global, porque permite identificar onde estão as incapacidades; além disso, reforça que o conhecimento do nível de autonomia em relação a cada item específico é relevante para o planejamento dos cuidados de uma forma individualizada. Assim sendo, o indivíduo avaliado no IB pode ter uma pontuação final igual a outro, mas com necessidades efetivamente diferentes.

Um estudo desenvolvido no Centro de Saúde Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o título Validação no Brasil do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios, demonstrou que a escala traduzida confirmou a estrutura de um domínio da escala da versão original e foi considerada satisfatória. Além disso, comprovou a confiabilidade e a validade dessa versão em português (MINOSSO et al., 2010).

A escolha do IB como instrumento para este estudo deve-se a sua fácil aplicação e interpretação, baixo custo, consumir pouco tempo no seu preenchimento, a sua abrangência em avaliar o grau de dependência nas dez AVDs para o autocuidado e a sua reprodutibilidade para a versão brasileira.

3.3.2 Escala de Lawton

A escala de Lawton é um instrumento de avaliação das AIVDs, sendo composta por nove tarefas na sua versão adaptada para aplicação na população brasileira, que são: a utilização do telefone, ir a locais distantes, fazer compras, preparo de refeições, trabalhos domésticos, uso de medicação e manuseio do dinheiro (BRASIL, 2007; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002).

Essa escala tem como objetivo avaliar o grau de dependência nas AIVDs de forma geral ou parcelada em cada atividade (SEQUEIRA, 2010), podendo ser aplicada através de questionário diretamente à pessoa, familiares ou pessoas próximas.

Os elementos que compõem a avaliação das AIVDs da escala de Lawton são descritos a seguir:

- **Uso do telefone:** é a capacidade de receber e fazer ligações sem assistência. É considerada na avaliação do item “sem ajuda”, a pessoa que executa essa atividade sem assistência; “com ajuda parcial”, a que necessita de assistência para realizar ligações telefônicas e “não consegue”, a que não tem hábitos ou é incapaz de usar o telefone;
- **Ir a locais distantes:** resulta em ir a locais distantes sem necessidade de planejamento. O indivíduo classificado como “sem ajuda” consegue ir sozinho a locais distantes; “com ajuda parcial” considera somente quando

necessita de uma companhia para realizar a tarefa, e “não consegue” corresponde ao que é incapaz de realizar a atividade;

- Realização de compras: é a habilidade de realizar compras. A avaliação para essa atividade consiste nos itens sem ajuda, com ajuda e não consegue; “sem ajuda” consegue realizar compras quando é fornecido o transporte; “com ajuda parcial” faz compras somente quando tem companhia e “não consegue” quando não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras;
- Preparo de refeições: avalia a capacidade de planejar e cozinhar as refeições. A classificação na avaliação para “sem ajuda” refere-se a planejar e preparar as refeições completas; “com ajuda” prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda, e “não consegue”, não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições;
- Arrumar a casa: resulta da atividade doméstica. O item “sem ajuda” realiza tarefas pesadas; “com ajuda parcial” corresponde à tarefa leve, necessitando de ajuda nas pesadas; “não consegue”, não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos;
- Trabalhos manuais domésticos: consiste em pequenas atividades realizadas no domicílio como conserto, limpar o quintal ou a área externa da residência; “sem ajuda”, quando consegue realizar a atividade; com “ajuda parcial”, necessita de ajuda de terceiros; “não consegue”, é impossibilitado de realizar;
- Lavar e passar roupa: consiste em lavar uma peça de roupa; “sem ajuda”, quando é capaz de executar a tarefa; “com ajuda parcial” consiste em ajuda de outra pessoa para realizar a atividade; “não consegue”, refere-se ao indivíduo que é incapaz de realizar;
- Uso de medicação: avalia o uso do medicamento na dose e horário corretos. O elemento da avaliação “sem ajuda” corresponde a fazer uso de medicação sem assistência; “com ajuda parcial” necessita de lembretes ou assistência e “não consegue” resulta do não controle do uso de medicamento;

- Administrar finanças: é a capacidade de avaliar a gestão financeira. O item “sem ajuda” refere-se a preencher cheques e pagar contas sem auxílio; “com ajuda parcial” necessita de assistência para o uso de cheques e contas; “não consegue”, não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro.

Em relação às dimensões da escala sobre arrumar a casa e lavar roupa, podem ser substituídas essas tarefas para o sexo masculino como atividades de subir ou descer escada ou limpar o quintal.

Na escala de Lawton, cada questão possui três alternativas, com seus respectivos valores: realiza sem ajuda (três pontos), realiza com ajuda parcial (dois pontos), não consegue realizar (um ponto). A pontuação final do instrumento pode ser, no mínimo, de nove pontos e, no máximo, de vinte e sete pontos, sendo esses seus escores. A classificação da escala quanto ao grau de dependência pode ser independente, dependente parcial e total. É independente o indivíduo que obtém a pontuação igual a vinte e sete pontos; dependente parcial resulta da pontuação entre dez e vinte e seis pontos; dependente total, aquele com pontuação igual a nove pontos (LAWTON; BRODY, 1969).

A escala de Lawton é muito utilizada em estudos atuais desde a sua adaptação para o contexto brasileiro e confiável na avaliação da CF na realização das AIVDs, além também de ser reconhecida pelo Ministério da Saúde e OPAS (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002; BRASIL, 2007).

No estudo em questão, optou-se pelo instrumento por compreender que a escala de Lawton é mais complexa no que se refere à avaliação das AIVDs, bem como reflete a habilidade para adaptação em ambiente social e necessária para manter a vida independente na comunidade. Desse instrumento, serão aplicados nove itens de avaliação aos participantes do estudo.

3.4 ASPECTOS HISTÓRICOS, DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DOS POVOS INDÍGENAS

No século XVI, a população indígena brasileira, comparada com a população da Europa nessa mesma época, era estimada em cerca de 5 milhões de habitantes. Através das expedições punitivas dos europeus, ocorreram algumas mudanças como: a proibição de manifestar suas crenças religiosas e culturais, a jornada de trabalho exaustiva imposta pelos colonizadores, que traziam novas doenças com as quais os índios não haviam tido contato algum, tornando-os mais suscetíveis e, com isso, acabavam morrendo em decorrência de tais enfermidades. Assim, os índios sofreram grandes perseguições por parte dos colonizadores, tornando-se uma população desestruturada e a quem foram impostas mudanças em seus valores culturais (BRASIL, 2002).

As estimativas demográficas por volta de 1500, quando aconteceu a chegada de Pedro Álvares Cabral e a sua comitiva, a terra, que nos dias atuais é conhecida como Brasil, era habitada por mais ou menos 5 milhões de índios, sendo que essa população foi reduzida a 700.000 mil pessoas. De fato, a redução desses habitantes tem o envolvimento direto com a história dos povos originários dessas terras em que aconteceram várias tragédias ocasionadas pelos colonizadores, como escravidão, guerras, doenças, massacres, genocídios, etnocídios e outros males que, por pouco, não exterminaram por completo os seus habitantes (LUCIANO, 2006).

Gomes (2012) cita que as populações indígenas atuais vêm crescendo nas últimas décadas, como os povos indígenas Guarani, Teréna, Guajajara, Tikuna, Makuxi e Mura. Esses têm mais de duzentos anos de contato com o mundo luso-brasileiro e outras etnias que sofreram queda expressiva de 50% de populações originais; exemplo disso são os povos Karajá, Munduruku, Canela, Kayapó e Xavante. Ainda, os Urubu-Kaapor, Gaviões-Parkatejé, Kayabi, Juruna, Yawalapiti, Nambiquara, Tapirapé, que estiveram próximos de ser extintos, se recuperaram e se estabeleceram biológica e culturalmente.

O termo índio ou indígena foi atribuído pelo navegador italiano Cristovão Colombo, quando em uma de suas viagens em 1492 às Índias, ficou à deriva em alto mar por muitos dias e, quando avistou uma terra continental, pensou ser o local de seu destino, mas na verdade era o atual continente americano. Assim, os nativos

daquela região receberam o apelido genérico de “índios” ou “indígenas” (LUCIANO, 2006).

Para o estatuto do índio, através da lei 6.001/73 no artigo 3º, o índio e as comunidades indígenas são definidos como o indivíduo de “origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional” (SIQUEIRA; MACHADO, 2009, p.16).

Luciano (2006) afirma que antes da década de 1970, chamar alguém de índio, sendo nativo ou não, era uma ofensa. Devido a esta denominação preconceituosa, muitos indígenas preferiam esconder sua identidade etnocultural, ou seja, tentavam negar suas origens étnicas, pois na maioria dos casos a negação era uma verdadeira ilusão, uma vez que não conseguiam esconder aparência física, usos, costumes e modos de vida e de pensamento.

Outra denominação utilizada pelos índios foi o caboclo (Região Amazônica), sendo essa uma invenção daqueles que não queriam se identificar como índios, mas também não podiam ser reconhecidos como brancos ou negros. Neste sentido, o caboclo seria aquele que nega sua origem nativa, mas que por não poder ainda se reconhecer como branco, identificava-se com o mais próximo possível do branco (LUCIANO, 2006).

Gomes (2012) registra que os índios viram caboclos quando são sobreviventes nos arredores das cidades, moradores de aldeias próximas às vilas, e assim também chamados pelas autoridades e pela população local. O termo passou a ser utilizado após a Cabanagem, a partir de 1841.

No aspecto demográfico, a população indígena vem aumentando nas últimas décadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que essa população já está em torno de 370 milhões de habitantes, distribuídos em 70 países (UNITED NATIONS, 2009). Os países como a Índia e a China são os com maior número dessa população no cenário mundial (STEPHENS et al., 2005; ANDERSON et al., 2016).

No Brasil, os povos indígenas vêm crescendo de forma expressiva. O censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, registrava que a população indígena correspondia a 0,4% da população total brasileira. Esse resultado se deve ao fato de o censo ter utilizado instrumentos

aos quais foram acrescentadas perguntas adicionais como: autoidentificação, idioma ou língua falada, localização geográfica e etnia pertencente. (IBGE, 2012).

Outro dado do IBGE, que é relevante mencionar, sobre a distribuição das terras indígenas (TIs) por regiões no Brasil, em primeiro se encontra a Região Norte com 48,7% e, por último, a Região Sudeste (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição em porcentagem das Localizações das Terras Indígenas (TIs) por regiões do Brasil.

Regiões do Brasil	Localizados nas TIs	Fora das TIs
Norte	73,5%	26,5%
Nordeste	45,6%	54,4%
Centro-Oeste	72,5%	27,5%
Sul	50,1%	49,9%
Sudeste	16,0%	84,0%

Fonte: IBGE, 2012.

A Região Norte, apresenta um total de sete TIs, sendo que é a que detém o maior número de terras indígenas do País. Dentre os vários fatores que contribuíram para o aumento dessa população, destaca-se o crescimento vegetativo, seguido da melhoria da captação das informações com a ida efetiva dos estatísticos para as TIs, resultando em uma melhor declaração e reconhecimento dos indivíduos indígenas (IBGE, 2012).

Cabe aqui ressaltar que a etnia Yanomami é o grupo com maior território indígena na região norte, correspondendo a 5% do total de indígenas no Brasil. Localizados nos Estados do Amazonas e de Roraima, representa o mais numeroso povo autônomo da América do Sul, somando mais de 40 mil, incluindo as aldeias situadas além da fronteira na Venezuela (GOMES, 2012).

O Estado do Amazonas possui a maior população autodeclarada indígena no Brasil (168,7mil habitantes). A menor é do Rio Grande do Norte. Dentre aquela população, aponta-se a etnia Tikuna, com 46.045 mil pessoas, na região do alto Solimões (IBGE, 2012; GOMES, 2012).

Em relação aos municípios do Estado do Amazonas, São Gabriel da Cachoeira se destaca pelo número expressivo de indígenas, correspondendo a 80%, configurando a maior proporção encontrada no Brasil. Enquanto os municípios de Autazes e Eirunepé apresentam a proporção menor, mas seu contingente indígena é mais frequente do que a média de qualquer etnia brasileira (IMBIRIBA et al., 2009).

A Amazônia é conhecida pela sua exuberante natureza. Heck, Loebens e Carvalho (2005, pg.237) citam no seu estudo algumas afirmações que são ditas sobre a Amazônia, como: “o pulmão do mundo; floresta tropical de maior biodiversidade do planeta; região que tem o maior rio da Terra; inferno verde; na Amazônia está quase um terço da água doce do mundo”. Fatos que só reforçam a importância dessa região para o futuro do nosso planeta.

Além da diversidade da flora e fauna, a Amazônia tem também, como uma de suas características, uma diversidade étnica que foi preservada, graças à colonização tardia frente outras regiões brasileiras. É um espaço de grande volume de terras indígenas já homologadas ou em processo de identificação e reconhecimento. Contudo, existem conflitos entre indígenas e outros novos ocupantes da Amazônia (madeireiros e/ou fazendeiros), além de programa proposto e implementado pelo governo federal (SILVA; BETHONICO, 2010).

Em relação à estrutura da pirâmide etária do Brasil, conforme o Censo Demográfico de 2010, tem-se uma representação de base larga e ápice estreito. Assim, percebe-se que a população indígena tem uma composição tipicamente jovem devido às altas taxas de natalidade e pela influência do contingente populacional rural. Contudo, importa registrar que os indígenas residentes fora das terras de origem acompanham o padrão da estrutura por sexo e idade da população não indígena, uma baixa fecundidade e mortalidade. Por outro lado, para aqueles indígenas residentes nas terras, o comportamento piramidal ainda é resultante da alta taxa de natalidade e mortalidade (IBGE, 2012).

Estudo de Teixeira, Brasil e Silva (2011) cita que a etnia Sateré-Mawé da Região Oeste do Estado do Amazonas está entre os povos indígenas com os maiores níveis de fecundidade do Brasil, tanto na terra indígena como fora dela. A taxa de fecundidade dessa população é maior que de outros povos do Amazonas e até mesmo do restante do Brasil, o que resulta do número absoluto da existência de crianças e adolescentes nessas comunidades. O padrão de fecundidade das mulheres Sateré Mawé é jovem.

Coimbra Junior (2014) refere que a mulher indígena no Brasil vivencia a maternidade muito cedo e por isso apresenta uma taxa de fecundidade total elevada, que não é raro ultrapassar oito filhos por mulheres, o que é uma realidade de várias comunidades indígenas no país.

No povo Xavante de Sangradouro Volta Grande, no Estado de Mato Grosso, a vida reprodutiva das mulheres indígenas inicia aos 13 anos de idade e se prolonga até os 45 anos de idade, apresentando uma alta taxa de fecundidade, correspondendo a 8,6 filhos por mulher (SOUZA; SANTOS, 2001).

Em relação à população idosa indígena, conforme Oliveira R e colaboradores (2012), o envelhecimento tem ocorrido principalmente em área urbana, sendo devido à redução da taxa de fecundidade e mortalidade infantil que é semelhante à população não indígena. Na área rural, no entanto, o processo de envelhecimento é bem reduzido.

O ancião na cultura indígena, na maioria das etnias brasileiras, é a pessoa respeitada pelos seus conhecimentos da prática terapêutica para tratamento de enfermidades dentro de sua comunidade, além de ser considerado um guardião das tradições indígenas (REIS et al., 2016). Assim, observa-se o quanto o idoso indígena influencia toda a harmonia da aldeia ou povoado indígena.

No cenário epidemiológico dos povos indígenas, segundo Coimbra Junior, Santos e Escobar (2003), as condições de saúde são desfavoráveis no Brasil e são notadas pela desigualdade nas taxas de mortalidade entre os indígenas e a população em geral. O perfil da morbidade e mortalidade desses povos, dentro de um contexto histórico, era conhecido pela predominância das doenças infecciosas e parasitárias.

Fato que, nos dias atuais, devido às mudanças intensas dos povos indígenas, está relacionado à mobilidade da sua terra, ao trabalho, à urbanização, à adoção de hábitos como o consumo de alimentos industrializados, aos estilos de vida, à inatividade física, às alterações nos aspectos socioculturais e econômicos, que têm contribuído para a predominância das DCNTs. Além disso, tem-se observado também o aumento das doenças infecciosas e parasitárias caminhando juntas em diversas populações indígenas no Brasil. Assim, com essas mudanças, pode ocorrer uma consequente alteração no perfil epidemiológico da população indígena, sendo possível constatar a presença dos agravos de saúde como: a obesidade, HAS e DM, câncer, síndrome metabólica e o alcoolismo (SCHMIDT et al., 2011; OLIVEIRA R et al., 2012).

Acrescentam-se ainda, outros agravos de saúde como o transtorno psiquiátrico, que não raro, impacta sobre as comunidades de forma disseminada, incluídos jovens e adultos de ambos os sexos, suicídio, acidentes de trânsito e as causas externas

(FERREIRA; MATSUDO; SOUZA, 2011; COIMBRA JUNIOR; SANTOS, ESCOBAR, 2003).

Estudo realizado por Oliveira G e colaboradores (2011), entre os índios de Aldeia Jaguapiru, no Estado de Mato Grosso, mostrou a prevalência de 29,7% na HAS, 4,5% na DM e 2,2% de intolerância à glicose na população de 18 a 69 anos, sendo responsáveis por esse resultado o aumento da expectativa de vida, o processo de urbanização, a inatividade física e a obesidade, que foi maior entre as mulheres.

Ferreira, Matsudo e Souza (2011) desenvolveram um estudo que teve objetivo de analisar os aspectos demográficos e o padrão de mortalidade das populações indígenas residentes nas terras indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, comparando com o padrão da população total. Os resultados demonstraram as causas de óbitos por idade: os menores de um ano corresponderam a 27,8% dos óbitos por enfermidades do aparelho respiratório; de um a quatro anos, as doenças infecciosas e parasitárias com 30,1%, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, 26,9%; a faixa etária de cinco a trinta e nove anos, as causas externas representadas por 60% das mortes; a partir dos quarenta anos, as doenças do aparelho circulatório com 36,9%.

Estudo com os índios Kaingang na reserva indígena da Guarita, situada a noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no município de Redentora, a qual caracteriza-se por ser uma das mais populosas aldeias do Sul do País. Nesse estudo, os resultados mostram que a ocorrência de DCNT na população adulta é de 20%, representada pela HAS (12%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (3%), Artrite Reumatoide (2%), Epilepsia (2%) e a Demência, Acidente Vascular Cerebral Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio (1%) (MARRONI, 2005).

3.4.1 Saúde dos povos indígenas no Brasil

No início do século XX, a ampliação das fronteiras econômicas para a região do Centro-Oeste e a criação de ferrovias e linhas telegráficas ocasionaram inúmeros massacres de índios e aumento dos índices de mortalidade por doenças transmissíveis, que resultou na criação, no ano de 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e trabalhadores nacionais, vinculado ao órgão do Ministério da Agricultura, tendo

como obrigação cuidar tanto dos índios quanto dos trabalhadores rurais (BRASIL, 2002).

No ano de 1918, a nova agência passou a cuidar exclusivamente dos índios, recebendo um nome mais curto e simples, como Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que buscava demarcar suas terras, protegê-las de invasores e usurpadores em potencial, defendê-los das espertezas dos brasileiros, especialmente dos comerciantes que os exploravam, bem como ensinar-lhes novas técnicas de cultivo, administração de seus bens e amparar em suas doenças (GOMES, 2012).

Na questão de saúde, o SPI adotava um modelo de assistência hegemônico, baseado na assistência médica curativa, desenvolvida por indivíduos ou nos hospitais indígenas (Casa do índio) e, efetivamente, colocava à disposição dessas populações, os recursos técnicos disponíveis à população nacional. Essa assistência à saúde dos povos indígenas continuou desorganizada e esporádica, não sendo instituída qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de pacificação e político-ideológicos (BRASIL, 2002).

Na segunda metade do século XX, destaca-se a atuação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) do Ministério da Saúde, que teve como objetivo levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas distantes e de difícil acesso, sendo um modelo de assistência aérea, levando equipes volantes, constituídas por médicos sanitaristas, enfermeiros e técnicos em saúde. As ações eram essencialmente voltadas para a assistência curativa e preventiva (vacinação, atendimento odontológico, controle da tuberculose e outras doenças transmissíveis) (BRASIL, 2002).

A extinção do SPI se deu por volta de 1967, motivada pelas crises em decorrência da inoperância e da corrupção, e não dos propósitos que nortearam sua origem, além da carência de recursos (o órgão acabou por envolver militares e trabalhadores rurais que não possuíam qualquer preparação ou interesse pela proteção aos índios). O SPI foi investigado por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), o que levou à demissão ou suspensão de mais de cem funcionários de todos os escalões. Nesse mesmo ano, em meio à crise institucional e ao início da ditadura, o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (RICARDO, 2013).

A FUNAI era um órgão vinculado ao Ministério da Justiça, criado pela Lei 5.371, de 05 de janeiro de 1967; é uma entidade com legado próprio e personalidade jurídica

de direito privado, e está incorporada à instituição federal com incumbência do estabelecimento e execução de política indígena brasileira. Possui uma Procuradoria Federal Especializada integrada ao órgão Geral da União, que a FUNAI oferece a defesa judicial dos direitos indígenas, individuais e coletivos (SIQUEIRA; MACHADO, 2009). A nova entidade veio com impulso burocrático de resolver a questão indígena de uma vez por todas, o que significava tornar suas ações mais efetivas, transformar os índios brasileiros, bem como integrá-los à nação e assimilá-los culturalmente ao seu povo (GOMES, 2012).

Essa entidade era responsável pela educação, pelas atividades produtivas e pela saúde do índio. A partir da atuação da FUNAI em áreas indígenas, houve a necessidade de leis que regulamentassem a ação sobre os indígenas. Nesse período, foi criado o Estatuto do Índio, com a Lei nº 6.100 de 19 de dezembro de 1973, aprovada pelo Congresso Nacional, que regulamentava a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmonicamente, à comunhão nacional. Com a FUNAI, deu-se início ao trabalho das equipes volantes de saúde, que foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes da administração regionais e sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, sendo as equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, assistente social e técnicos de laboratório (BRASIL, 2002; OLIVEIRA, 2013).

No ano de 1986, na cidade de Brasília, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que possibilitou discussões sobre a saúde indígena e a criação do Subsistema de Saúde Indígena, cujo principal objetivo era entregar a gestão da saúde indígena ao Ministério da Saúde (MS), que deveria então criar um único órgão com a cooperação dos povos indígenas na criação de política (OLIVEIRA, 2013).

Em 1988, a Constituição Federal contribuiu para o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, apoiando a capacidade civil plena, que estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), subsequentemente regulamentados pela Lei 8.080/90, a qual cria a direção única e a responsabilidade, pelo Ministério da Saúde, da atribuição de gestão federal (BRASIL, 2002).

Até o ano de 1991, a assistência à saúde dos índios era atribuição da FUNAI. A partir desse ano, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou as atribuições de saúde, educação e de preservação cultural desse órgão. Essas responsabilidades foram repassadas para o Ministério da Saúde, o qual realizava a intervenção sobre a saúde indígena. Assim, criou-se a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que assumiu a responsabilidade pela saúde indígena (OLIVEIRA, 2013).

No decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, o Ministério da Saúde decreta uma divisão de tarefas entre os órgãos da FUNAI e FUNASA. Esse ministério, na época, não possuía experiência no desenvolvimento de políticas públicas de saúde indígena, passando a responsabilidade pela atenção à saúde indígena, a remoção do indígena para tratamento de saúde fora da aldeia e pela Casa de Saúde Indígena (CASAI) a FUNAI. A FUNASA, por sua vez, assumiu a responsabilidade pelo saneamento básico, controle das endemias, capacitação dos recursos humanos e remuneração dos profissionais (BRASIL, 2009b).

Gomes (2012) menciona que a fragmentação da FUNAI na época, quanto às suas atividades, era vista como seu enfraquecimento para os antropólogos, sendo uma política de desvalorização do Estado para com os índios e que deveria ser o único órgão a cuidar da questão indígena, mesmo porque tinha uma tradição indigenista já bastante respeitável, própria e herdada do SPI.

Nos anos seguintes, aconteceram várias discussões com as lideranças indígenas e Organizações Não Governamentais (ONGs), requerendo a adoção de um modelo de atenção à saúde indígena, embora devesse ser cuidada com as devidas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, o projeto de Lei nº 4.681 foi sancionado com a aprovação da Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, que institui a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Essa lei também foi responsável por transferir as ações de saúde indígena, principalmente para a FUNASA, através do Decreto nº 3.156 de 27 de setembro de 1999, que passou a definir o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como modelo central da gestão da saúde indígena. (GOMES, 2012; BRASIL, 2009b).

É importante registrar que essa Lei foi chamada de “Lei Arouca” (nº 9.836/99) em homenagem a quem a promulgou, o doutor em Saúde Pública Antônio Sergio da Silva Arouca. Essa Lei foi criada e incluída no Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu que a responsabilidade formal de toda a estrutura do Estado relacionada ao atendimento à saúde indígena, aos funcionários, às funções de confiança e aos

recursos orçamentários, passasse a ser da FUNASA, o órgão executivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a).

Em 2010, criou-se, dentro do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) com a publicação do decreto nº. 7.336 de 19 de outubro de 2010, e através da Portaria nº. 3.965. A SESAI faz parte do Ministério da Saúde e tem, como atribuição, coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde indígena no contexto do Subsistema de Saúde Indígena. É também responsável pela articulação e integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem ligação com a atenção à saúde indígena (OLIVEIRA, 2013).

3.4.2 Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi aprovada pela Portaria nº. 254, de 31 de janeiro de 2002. O objetivo dessa política é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS. A PNASPI contempla a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002).

A construção dessa política teve a participação de representantes de órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política de ação indigenista do governo, como também das organizações da sociedade civil e representantes das organizações indígenas (BRASIL, 2002).

Garnelo (2012) cita que o modelo de gestão de um sistema de saúde é um âmbito para prover atendimento adequado à população. No contexto da saúde pública, é prático que o planejamento das ações de atendimento seja ordenado segundo modelo de assistência que oriente o seu desenvolvimento no plano local. No caso do subsistema de saúde indígena, o padrão de assistência está apoiado nos denominados DSEIs.

3.4.3 Organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A Organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi oficialmente implantada no ano de 1999 com responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, sendo organizada em unidades de ação segundo a proposta dos DSEIs. Como subsistema, deve funcionar articulado ao SUS, atendendo às seguintes condições: considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012; SANTOS et al., 2008).

O DSEI é um modelo organizacional orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem definido, que leva em conta um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. Essa unidade realiza também um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulada com a rede do SUS através de referência e contrarreferência, compondo uma equipe necessária para executar suas ações e com controle social (BRASIL, 2002).

Os DSEIs devem oferecer uma atenção básica à população indígena aldeada, por meio da atuação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), constituído por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS). Outros profissionais de saúde atuam com a EMSI no território distrital, de acordo com a necessidade local. Os AIS e a EMSI realizam suas atribuições em cada aldeia/comunidade quando vinculados a um posto de saúde (SANTOS et al., 2008).

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes são estabelecidos em conformidade com o planejamento detalhado de atividades, como: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde, a ser definido de acordo com a diretriz específica dessa política (BRASIL, 2002).

Outra instância de atendimentos das comunidades são os Polos-base. Os Polos-base são a primeira referência para AIS que atuam nas aldeias, podendo se localizar em uma comunidade indígena ou num município de referência, como é o caso da Unidade Básica de Saúde do SUS (BRASIL, 2002).

A distribuição dos DSEIs no Brasil obedeceu às características culturais e divisão das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que fortaleceram a definição de suas localizações e áreas de abrangência. Desta maneira, a FUNASA implantou os 35 Distritos Sanitários localizados no território brasileiro (GARNELO, 2012).

Na figura 2, observa-se maior concentração dos DSEIs na região norte do Brasil, sendo que dos 34 DSEIs, 18 estão identificados nessa região.

Figura 2 - Localização dos DSEIs no território brasileiro

Fonte: BRASIL, 2009b.

Cada DSEI possui uma rede de serviços de saúde incorporada no seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. A composição da rede de serviço de um DSEI requer a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em Polos-base. O Polo-base de cada DSEI envolve um conjunto de aldeias e sua equipe que presta assistência à saúde e realiza capacitação dos AIS (GARNELO, 2012).

A Figura 3 mostra a Organização do DSEIs e o Modelo de organização de saúde. O posto de saúde é a unidade mais próxima à comunidade indígena e nele atuam os AISs. Em seguida, no centro da imagem, visualizamos o Polo-base que presta assistência pela EMSI, e está interligado às Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) e à Unidade de referência do SUS.

Figura 3 - Organização do DSEIs e o modelo de organização de saúde

Fonte: BRASIL, 2009a.

Os AISs são responsáveis pelo acompanhamento das famílias nas aldeias, desenvolvem atividades como o atendimento e acompanhamento das crianças, adultos, gestantes e idosos, e são aptos, ainda, a prestar primeiros socorros e supervisionar tratamentos de longa duração (BRASIL, 2009a).

A CASAI é definida como um centro de atendimento ao paciente indígena em área urbana, e a unidade de referência do SUS é quando o índio é encaminhado para receber assistência de saúde complexa como ambulatorios ou hospitais especializados, situados nas cidades, sedes de municípios ou, mais frequentemente, na capital dos estados (OLIVEIRA, 2013).

3.4.4 Povo indígena Mura

No século XVII, os Mura aparecem na história colonial da Amazônia, principalmente na implantação das missões jesuítas ao longo do rio Madeira. Os jesuítas realizaram um papel estratégico na viabilização do projeto colonial português e determinaram a descaracterização e o desaparecimento étnico-cultural de diversos povos indígenas. O apostolado jesuíta na Amazônia começa na ilha de São Luiz, em 1622, quando foi criada uma capela pelo Capitão-Mór Antônio Moriz Barreiros, sendo esse um centro de destribalização e de homogeneização cultural, onde os índios genéricos estavam cada vez menos distinguíveis pela língua que falavam. A etnia Mura, em comparação a todas as tribos da Amazônia, foi a que mais extenso território abrangeu, espalhada desde as fronteiras do Peru até a região Oriximiná do Estado do Pará (NIMUENDAJU, 1925 apud PEQUENO, 2006).

No século XVIII, o registro da presença da etnia Mura na Amazônia deu-se através de notícias coloniais em relação aos Mura que foram registradas em 1714, documento do padre jesuíta Bartolomeu Rodrigues, da missão dos Tupinambaranas, que os localizou na margem direita do rio Madeira. Esses povos eram conhecidos “pela violenta belicosidade com que reagem à colonização durante todo o século XVIII, continuando, inclusive, até as proximidades de meados do século XIX” (SANTOS, 1999, p. 71-72).

Os índios Mura eram conhecidos como hábeis navegantes que dominavam os caminhos entre rios, lagos e igarapés (MILON, 2011). Nos estudos etnográficos, são apresentados como “corsários do caminho fluvial”, uma vez que moravam em canoas como se fossem as suas casas. Esse grupo era conhecido como “guerreiros destemidos”, conhecedores de táticas “*sui generis*” de ataque e emboscada, o que atemorizava e lhes concedia uma enorme fama de “perigosos” (PEQUENO, 2006).

O conflito entre indígenas e colonizadores foi marcado durante alguns períodos, além dos conflitos intertribais na história da sociedade amazônica. As batalhas intertribais com os Mundurucu, sendo conhecidos como caçadores de cabeça e antropófagos¹, fez parte da história dos Mura. Esses, vindos da região sul, fizeram grande pressão contra os Mura. Entre 1784 e 1786, os documentos retratavam que os Mura buscavam se aldear em paz, voluntariamente (LEVI-STRAUSS, 1976;

¹ Refere-se aos indivíduos que se alimentava de seres humanos.

OLIVEIRA, RODRIGUES, 1978; ANÔNIMO, 1826 [1988]; NIMUENDAJU, 1948 apud SCOPEL, 2007).

Nos anos de 1836 a 1840, aconteceu a revolta social na Amazônia que passou a ser conhecida por Cabanagem e contou com a participação dos Mura. Negros, brancos e mestiços revoltados com os longos anos de exploração colonial e com a situação econômica, social e política imposta àquela região. A cabanagem amedrontou os colonizadores da Amazônia, o que resultou em uma verdadeira matança aos rebeldes, causando cerca de 30.000 mortos, o equivalente a 1/5 da população total da Província do Amazonas. A participação dos Mura na revolta da cabanagem resultou na diminuição demográfica da sua etnia (MILON, 2011; HEMMING, 1987 apud PEQUENO, 2006).

A estimativa da população Mura, ao tempo de pacificação antes da cabanagem, era de 60.000 habitantes. A estrutura social dessa etnia era caracterizada por pequenos grupos que circulavam por vários ambientes, tirando proveito das mudanças das estações da chuva e seca (OS MURA, 2007).

Os Mura podem ser encontrados nos municípios de Anori, Autazes, Beruri, Borba, Careiro da Várzea, Itacoatiara, Manacapuru, Manaquiri e Manicoré, todos situados no Estado do Amazonas, e outra parte encontrada nos centros urbanos, tais como nas cidades de Manaus, Borba, Manicoré e Autazes. Esse último município concentra o maior contingente populacional dos remanescentes Mura, sendo que as TIs localizadas são “Capivara, Cuia, Cunhã/Sapucaia, Gapenu, Itaitinga, Jauari, Jutai, Lago do Limão, Miguel/Josefa, Muratuba, Murutinga, Natal/Felicidade, Padre Cícero, Pantaleão, Paracuíba, Patauá, Ponciano, Recreio/São Felix, São Pedro, Tracajá e Trincheira” (OLIVEIRA, 2007, p. 97).

O município de Autazes, pertencente ao centro meridional do Estado do Amazonas, região norte do Brasil, conta com uma população de 35.554 habitantes, dividida em área urbana e rural. Do total da população, 6.877 habitantes declaram-se indígenas. O município está localizado ao sul da capital de Manaus e ainda limita-se com os municípios de Itacoatiara, Careiro, Careiro da Várzea, Borba e Nova Olinda do Norte (IBGE, 2010).

A cidade é conhecida por sediar a maior festa bovina da Amazônia ocidental, conhecida como a Festa do Leite, que acontece anualmente no mês de novembro.

Figura 4 - Cidade de Autazes no Estado do Amazonas, 2016.

Fonte: www.skyscrapercity.com.br

Autazes fica, em linha reta, a 108 quilômetros de distância da capital de Manaus. Gasta-se, para realizar o trajeto, uma média de 12 horas por meio de transporte fluvial (barco). A outra forma de condução é a utilização da balsa, que faz a travessia do porto do Ceasa/Manaus para o porto do Careiro da Várzea, levando 2 horas. Chegando, deve-se seguir pela estrada BR 319 e AM-254 até o município de Autazes (108 km), em uma viagem que dura cerca de 2 horas. Após o término da estrada que dá acesso ao município de Autazes, deve-se realizar travessia por meio de lancha chamado voadeira, que faz seguir, num trajeto de 57 minutos pelo rio Autaz-Mirim. Ainda uma outra forma é o táxi aéreo, que dura cerca de 30 minutos.

A essência do nome “Autazes” vem dos rios Autaz-Açú e Autaz-Mirim, ambos penetram e dividem o município de norte a sul. A exploração de suas terras se iniciou por volta de 1937, através do rio Madeira, pelos produtores de cacau e demais trabalhadores de produtos agrícolas. Apesar disso, a ocupação definitiva só aconteceu por volta de 1960 (IBGE, 2014a).

No século XVIII, o município era uma região conhecida pela habitação dos índios da etnia Mura, famosos por resistirem ao sistema colonizador dos portugueses.

Nos dias atuais, esses indígenas residem em contato direto com a sociedade (IBGE, 2014; SCOPEL, 2007).

Essa área foi destinada aos indígenas no período do SPI, em 1917, juntamente com outras áreas Mura nos municípios de Itacoatiara, Borba e Manicoré. Em 1955, passou a município de Autazes. Com a expansão do município, vieram as invasões. Os Mura, como primeiros habitantes, foram forçados a aceitar a invasão de suas áreas. Lentamente, a área Pantaleão tomou uma nova configuração, passando a ter em seu território, a presença permanente de não índios, de casas diferentes e estabelecimentos comerciais (OS MURA, 2007).

Com relação à linguística dos Mura, até o século XX, falavam a língua Mura de um tronco linguístico isolado. Após a pacificação, esse povo passou a falar a língua geral ou Nheengatu, que aos poucos foi sendo substituída pelo português. Os Mura atualmente falam o português e adotaram o Nheengatu como uma língua indígena (AMOROSO, 2009 apud MILON, 2011).

Pequeno (2006) destaca que o motivo da perda da língua materna dos índios Mura se deve ao fato de que estão em contato com a sociedade envolvente desde o século XVIII. A utilização da língua geral ou Nheengatu é utilizada entre os indígenas e raramente é utilizada na comunicação com estranhos.

A língua geral ou Nheengatu é uma língua tupi-guarani utilizada como comunicação por diversas etnias indígenas do litoral brasileiro, sistematizada por missionários e levada a outros povos indígenas do Brasil como uma língua falada pan-indígena (LUCIANO, 2006).

Em relação à habitação dos Mura no município de Autazes, segundo Oliveira (2007), é caracterizada na sua grande parte por casas de madeira, revestidas por telhas de alumínio, zinco ou palha branca, com assoalho de madeira, e algumas com o chão de barro. O autor refere que a alimentação básica dos índios Mura é o consumo de peixe, farinha de mandioca, carne de gado, de caça e aves.

As atividades profissionais a que se dedicam os indígenas que moram na cidade são: trabalho no serviço público como professores, agentes de saúde e técnicos de enfermagem, e no setor de serviços como feirantes, borracheiros, comerciantes, pedreiros e atendentes de lanchonete. Enquanto na área rural, a maioria dedica a sua vida ao trabalho da agricultura (SCOPEL, 2007).

Conforme Oliveira (2007), a família Mura é numerosa na aldeia do Murutinga (Localizado na área rural do município de Autazes), sendo que seus membros

participam no cultivo dos produtos e também da comercialização. Outras aldeias Mura dedicam-se à criação de gado bovino e aves, criados de forma extensiva, mas apenas para a subsistência das próprias famílias.

Muitas crenças dos índios Mura foram se perdendo e outras persistem até os dias atuais, como as mulheres menstruadas que não podem andar descalças e nem realizar atividades que exijam força. Acredita-se que, nesse período, as mulheres são venenosas; outra crença é a de que a mulher grávida, quando levada para caçar, consegue atrair veado, que vem correndo para lhes dar cabeçada; restando ainda a crença de que quando o jacaré está com a cabeça virada para o lado de cima do rio, significa que o rio vai encher e quando está com a cabeça virada para o lado de baixo, o rio vai secar; se for encontrado um pau seco boiando no rio com a toca para cima, alguém está para morrer afogado, e outras (SILVA et al., 2008).

Quanto às organizações indígenas Mura no município de Autazes, estão presentes a Organização dos Professores Indígenas Mura (OPIM), que está bem articulada com os professores do Departamento de Pedagogia da UFAM, que têm promovido atividades de capacitação aos professores Mura de Autazes; a Organização das Mulheres Indígenas Mura (OMIM); a Organização dos Agentes de Saúde Indígena Mura (OASIM); A Organização dos Estudantes Indígenas Mura (OEIM) e o Conselho Indígena Mura (CIM), esse último tem como objetivo assegurar e garantir os direitos desse povo (OLIVEIRA, 2007).

O CIM é uma entidade representativa da etnia que está organizada por meio de reuniões dos Tuxauas. Essa organização é amparada à Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) (SCOPEL, 2007). O tuxaua na aldeia Mura é um representante da aldeia frente ao CIM. A escolha do tuxaua é realizada por intermédio da eleição de votos. O povo indica duas ou mais pessoas e faz a votação. O candidato mais votado é quem assume a liderança da aldeia (SILVA et al., 2008).

Nesses aspectos abordados sobre os povos Mura, são poucos os estudos desenvolvidos com esse grupo étnico. Portanto, se destaca a importância da realização desta pesquisa quanto ao conhecimento que envolve as práticas de autocuidado e o cuidado familiar ao Mura com DCNT.

3.5 CONTEXTO DO CUIDADO FAMILIAR

A expressão família provém do latim *famulus*, que foi criada na Antiga Roma e cujo significado refere aos termos criado, servidor e escravo doméstico, aplicados originalmente ao conjunto de empregados de um senhor. Naquele tempo, havia o predomínio da estrutura familiar patriarcal, isto é, submetida à autoridade de um chefe comum (MOIMAZ et al., 2011).

Na perspectiva da antropologia, segundo Marroni (2005, p.50), a família é um “agregado que partilha ainda um universo de símbolos e valores, códigos e normas, cuja operação desencadeia o processo de socialização do indivíduo, justamente por permitir o aprendizado da vida regida por normas e partilhada de valores”.

Santos e colaboradores (2012) consideram a família como um sistema ativo que integra as pessoas dentro da sociedade, e contém outros subsistemas em relação ao desempenho das funções importantes, como a socialização, a função reprodutora, a educação e o afeto.

A composição familiar é dividida em oito tipos, conforme Kaslow (2002):

- Família nuclear: inclui duas gerações, com filhos biológicos, que também pode ser chamada de família conjugal ou elementar;
- Família extensa: resulta de três ou quatro gerações, sendo constituída pela família nuclear e agregados que coabitam a mesma unidade doméstica.
- Família adotiva, que podem ser birraciais ou multiculturais;
- Família de casais: duas pessoas em relação conjugal sem filhos;
- Família monoparental: constituída por um progenitor que coabita com o(s) descendente(s);
- Família de casais homoafetivo com ou sem crianças: corresponde à união conjugal entre duas pessoas do mesmo sexo;
- Família reconstituída: resultante do pós-divórcio;
- Família de várias pessoas: vivendo juntas, sem laços legais, mas com firme compromisso mútuo.

É importante mencionar que a primeira família existente no Brasil foi a família indígena, sendo bastante numerosa, considerada família extensa, onde o trabalho e a colaboração eram fundamentais para a manutenção desta unidade (MARRONI, 2005). Nos dias atuais, as famílias numerosas se fazem presentes em diversas etnias do Brasil como a Yanomami, Mura, Guarani, Satere Mawé, Kaingang, Pontiguara e Guajajaras (OLIVEIRA R et al., 2012; MARRONI, 2005; MARINELLI et al., 2012; TEIXEIRA; BRASIL; SILVA, 2011).

Luciano (2006) menciona que a organização social de um povo indígena é a família extensa, compreendida como uma unidade social que interage em torno de um patriarca ou de uma matriarca por meio de relações de parentesco ou afinidade política ou econômica. A família extensa indígena geralmente reúne a família do patriarca ou da matriarca, as famílias dos filhos, dos genros, das noras, dos cunhados e de outras famílias afins.

Marroni (2005) mostra, no seu estudo, que a relação da estrutura familiar dos índios da etnia Kaingang é composta de numerosos filhos, sendo o marido o chefe da casa. Em alguns casos oportunos, a substituição é feita pela esposa. Essa etnia reside em casebres, com pequenos cômodos de chão batido; dormem todos juntos (velhos, crianças e adultos); não possuem saneamento básico, suas necessidades fisiológicas são feitas por fossa rudimentar.

Mattos e Maruyama (2009) afirmam que a família é um grupo social composto por indivíduos que se relacionam no dia a dia, prevalecendo a rede de relações e de interações que compartilham diversos momentos, conflitantes ou não, como a vivência no processo saúde e doença.

Para os autores citados anteriormente, a família envolve o processo de conviver, construir saberes, valores e crenças, concedendo que cada um de seus membros, ao compartilhar tais experiências, inclusive a de adoecimento, possa encontrar as necessidades por atenção em saúde, seja na busca por explicações da sua condição, seja dando possibilidades de escolhas, seja possibilitando formas de enfrentamento, ou constituindo-se como uma rede de sustentação em momentos de fragmentação do cotidiano da família, vividos pelo adoecimento de algum membro.

É nos momentos de situações de adoecimento de um membro da família que se visualiza a importância da família, no apoio social da manutenção da vida cotidiana e na demanda de cuidados de diversas naturezas. O apoio social é entendido como a existência ou disponibilidade de pessoas ou grupos em que há confiança, em que se

busca preocupar-se com o outro, tendo valorização e o amor ao próximo (DONG; SIMON, 2010). Assim, esse apoio é fornecido e promovido pelos membros da família motivados em ajudar e de obrigação, que é denominado de apoio informal.

A função do apoio social compreende quatro tipos; o apoio emocional: está relacionado aos aspectos de afeição amorosa; apoio instrumental ou material: advindo da ajuda em trabalhos práticos (limpeza, transporte, preparação da alimentação) e de recursos financeiros; apoio informação, que compreende as informações (aconselhamento, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com os problemas e resolvê-los; interação social positiva, que resulta da disponibilidade das pessoas com quem se relaxa e diverte (DUE et al., 1999).

Na demanda do cuidado, a família transfere a responsabilidade de cuidar para uma única pessoa, que é chamado de cuidador, o indivíduo que assume a responsabilidade de cuidar do outro com quem tem um grau de dependência e que necessita de ajuda para a realização das AVDs e/ou AIVDs.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pelo ser cuidado somente as atividades que o mesmo não consiga fazer sozinho. Dentro dessas atividades, destacam-se: escutar e atentar para a pessoa que está sob cuidados, ajudar nas atividades de higiene, estimular e assistir na alimentação, auxiliar e ajudar na locomoção, incentivar atividades de lazer e ocupacionais, realizar mudanças de posição, administrar medicamentos e comunicar aos profissionais de saúde sobre a situação de saúde da pessoa cuidada (BRASIL, 2008).

Outras atribuições da atividade de cuidador domiciliar referem-se à ajuda ou auxílio nas atividades da vida diária, no uso da medicação, na higiene pessoal, na atenção afetiva e outras atividades cotidianas, sendo que a maior parte dessa função é assumida por uma única pessoa, que é chamado de cuidador principal.

Para Sequeira (2010), o cuidador é dividido em dois tipos, considerando a frequência dos cuidados e o grau de envolvimento: o cuidador primário, isto é, aquele que tem a principal, total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio, e o secundário, aquele que presta atividades complementares às do cuidador primário.

O familiar cuidador, ao assumir o cuidado de um indivíduo dependente, percebe que esse é um papel ao qual ele tem que se doar, privando-se, muitas vezes, das atividades que praticava habitualmente antes de se tornar cuidador (PERLINI; MANCUSSI E FARO, 2005).

Os cuidadores são classificados como: cuidador institucional, que é o que presta cuidado em uma instituição, sendo o público-alvo, em sua maioria, idosos que se encontram internados, e é contratado pela família; cuidador domiciliar, que é uma pessoa contratada pela família por orientação médica; cuidador familiar, que são os cônjuges, filhos ou qualquer membro da família que, voluntariamente ou não, assumem a tarefa de cuidar do indivíduo que requer cuidados, podendo ser um idoso (ZIMERMAM, 2007).

A dinâmica da escolha do cuidador informal ou familiar tem como base quatro fatores: parentesco- pode ser o cônjuge seguido pelos filhos; gênero- predominantemente do sexo feminino; proximidade física- quem convive com a pessoa que necessita de cuidados; proximidade afetiva- estabelecida pela relação conjugal e pela relação parental (FREITAS, 2006; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006). Assim, o papel do cuidador pode ser motivado por sentimentos de solidariedade ou obrigação para um membro da família que requer cuidados.

Os resultados do estudo de Marroni (2005), a respeito da caracterização dos cuidadores familiares indígenas da reserva do Guarita do Estado do Rio Grande do Sul (RS), demonstraram que dos 30 familiares cuidadores que cuidavam dos adultos com doenças crônicas, todos eram do sexo feminino, com intervalo de idade entre 31 a 40 anos, esposas e filhas, que realizam atividades de cuidar da casa como forma de demonstrar cuidados à pessoa sob cuidados.

3.6 CUIDADO E ENFERMAGEM NA SAÚDE INDÍGENA

No período antes de Cristo, o cuidado relacionava-se com o preparo de indivíduos com habilidades e conhecimentos para a prestação dos cuidados aos doentes, sendo representados para essas funções os sacerdotes, feiticeiros e mulheres. No período após Cristo, o cuidado caracterizou-se pelo sentido religioso de prestar ajuda, caridade e de oferecer apoio espiritual aos pobres e aos doentes (MELO, 1986).

Na vida, o ser humano necessita ser cuidado, preservado, amado e cultivado, sendo que esse cuidado percorre todas as fases da vida, com maior ou menor intensidade, em conformidade com as necessidades e os motivos pessoais de cada um. Portanto, cada pessoa, dentro de sua cultura, tem a sua maneira de cuidar,

compreender, expressar e desenvolver suas práticas de cuidado, influenciada pelos seus costumes no âmbito do convívio domiciliar (LENARDT et al., 2010).

Em relação às normas culturais no âmbito familiar brasileiro, espera-se que a tarefa de cuidar do homem seja por meio do sustento e da autoridade moral, enquanto espera-se da mulher a organização da vida familiar, o cuidado com os filhos, com os idosos e as atividades domésticas no domicílio (CAMARGO, 2010).

Quanto a um grupo étnico específico, como é o caso dos índios da etnia Sikuani, a mulher indígena é encarregada de garantir os cuidados dos filhos, esposo e de seu corpo, sendo responsável por manter e prover o núcleo familiar, bem como a relação dentro da sua família mediante o modelo, acordo e preceitos da comunidade (RUIZ-PERDOMO et al., 2013).

O termo cuidado deriva do latim “coera”, que significa cura, sendo usado para expressar relações de amor e de amizade, dedicação, preocupação com as pessoas queridas, que têm um envolvimento afetivo com o outro (WALDOW, 2008). Enquanto o termo cuidar, como Rocha F e colaboradores (2011) enfatizam, se refere a uma ação dinâmica, meditada e refletida, envolvendo um agir, uma atitude integrada pela formação pessoal e profissional.

Estudos desenvolvidos por Collière (1999), citado por Borges e Silva (2010), sintetizam quanto à natureza do cuidado humano e suas finalidades, que são vitais ao ser humano, conforme apresentado a seguir:

- a. Cuidados de estimulação: aqueles que são centrados nos estímulos das capacidades mais fundamentais da vida (como respirar, sentir, ouvir, ver) e desenvolvimento das capacidades motoras (estão na base de todo o desenvolvimento psicomotor);
- b. Cuidados de conforto: os que encorajam, permitem confortar, fortalecer a segurança física e afetiva, favorecem a renovação e a integração da experiência, a fim de manter as capacidades existentes e reconquistar o que pode ser recuperado.
- c. Cuidados de manutenção da vida: aqueles relacionados às necessidades da vida cotidiana, que sustentam e mantêm as capacidades adquiridas, como a alimentação, a eliminação, higiene e outros.

- d. Cuidados de parecer: são aqueles relacionados a permitir, limitar e diminuir a degradação da imagem corporal, através de suporte da comunicação não verbal, contribuindo para promover positivamente a imagem de si próprio, favorecendo a valorização, a construção da identidade e o sentimento de pertencer ao grupo;
- e. Cuidados de compensação: são os que visam substituir o que ainda não foi adquirido ou que foi só parcialmente adquirido, como a criança que ainda não é capaz de assegurar a sua própria vida, e com o tempo a necessidade vai diminuindo, à medida que a criança cresce biologicamente e efetivamente;
- f. Cuidados de apaziguamento: são aqueles que permitem o alívio da dor e permitem suportar melhor o sofrimento físico, afetivo, mental e espiritual.

O cuidado é uma atividade essencial para a saúde e sobrevivência das pessoas. É a essência e razão da existência da profissão de Enfermagem, sendo essa a diferença para as demais profissões da área da saúde (REIS, 2013).

Na área da saúde indígena, o profissional de Enfermagem requer um preparo específico para além da formação generalista, ou seja, necessita de conhecimento sobre a Antropologia da saúde, além do enfoque na cultura.

Para Rissardo e colaboradores (2014), a atuação do Enfermeiro como componente da equipe de saúde no cuidado ao indígena, implica na elaboração, execução e entendimento dos aspectos culturais para o planejamento do cuidado.

O cuidado cultural é a forma mais complexa para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do cuidado visando a orientar a prática de cuidados de Enfermagem (FOSTER; BENNETT, 2000). A cultura “em seu sentido estrito, significa o modo de viver, de sentir, de agir de determinado povo, que se manifesta na linguagem, nas leis, na religião, na criação estética” (MIRANDA, 2004, p.16).

As culturas indígenas expressam os grandes valores universais, sendo na solenidade de festas, no requinte dos vestidos e na pintura corporal, na educação dos filhos, na compreensão sagrada do cosmo, que manifestam a consciência moral, estética, religiosa e social (LUCIANO, 2006).

Estudo de Marinelli e colaboradores (2012) teve como objetivo verificar as dificuldades encontradas por enfermeiros na assistência à população indígena de

Grajaú no Estado do Maranhão (MA), da etnia Guajajara. Concluíram que os profissionais da Enfermagem, no contexto da saúde indígena, não medem esforços para prover os cuidados, superando as barreiras étnicas, culturais, geográficas, linguísticas e de comunicação para promover os cuidados, estando dispostos a reaprender a como cuidar para atender às peculiaridades e especificidades do homem índio de forma eficaz e suficiente, merecedor dessa atenção, como qualquer outro.

Miranda (2004) menciona no seu estudo que o papel da Enfermagem é o cuidar e como devem ser os cuidados de indivíduos em diferentes contextos culturais, tornando-se importante que a pessoa provedora do cuidado tenha conhecimento das diferentes culturas para que possa manter um processo dialógico entre o cuidar e a sociedade.

A enfermagem é um elemento importante na saúde indígena, principalmente no que se refere ao papel do Enfermeiro. Segundo Silva, Gonçalves, Lopes Neto (2003), o exercício desse profissional é imprescindível à compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, em que se incluem os aspectos étnico-culturais, e ainda se faz necessário atualização e adquirir novos conhecimentos. Esse ainda necessita ser bem preparado para atuar na atenção básica à saúde indígena, em busca de identificar os fatores de risco e atuar na prevenção, planejamento, execução, em conjunto com a equipe, das ações e programas, além da realização do acompanhamento, supervisão e avaliação dos AIS e do auxiliar de enfermagem.

3.7 ANTROPOLOGIA E CULTURA

A antropologia é a ciência que estuda o homem, o comportamento e as suas obras, visando buscar compreender a existência humana no princípio da estrutura biológica, psicológica e cultural. O homem como produtor de culturas através do ser biológico pensante e participante da sociedade, por fim tentando chegar ao entendimento da existência humana (MARCONI; PRESOTTO, 2007).

A palavra antropologia deriva do grego “*anthropos*” e “*logos*”, sendo que o primeiro significa o homem e o segundo estudo, ou seja, busca conhecer cientificamente o ser humano em sua totalidade (MARCONI; PRESOTTO, 2013). Essa ciência busca o interesse exclusivamente no ser humano, em sua sobrevivência

e a diversidade através da existência humana, a culturalidade, biogenética, passado e o futuro, substanciar não o específico, mas a completude (BATISTA, 2010).

Durante os anos de 1960, nos Estados Unidos, Inglaterra e no Canadá, constituiu-se um campo específico da Antropologia, denominada Antropologia Médica. Essa área buscou estudar sobre a saúde dentro de uma compreensão antropológica e entender os significados dos fenômenos biológicos como a doença e a saúde (NAKAMURA; MARTINS; SANTOS, 2009).

No Brasil, na década de 1980, surge o interesse em pesquisa sobre a Antropologia Médica e estudos são produzidos sobre saúde e doença dos grupos de trabalhadores ou populações específicas, principalmente sobre os “saberes e práticas populares de cura; saberes e prática de medicina oficial; a loucura e o desvio; sexualidade; medicalização; serviço de saúde; escolhas terapêuticas” (NAKAMURA; MARTINS; SANTOS, 2009, pg.30).

Para Sarti (2010), a antropologia da saúde trata da definição de pessoa, o entendimento humano, homem, organização social e histórica, que está subentendida nas diversas concepções e práticas que envolvem o corpo, a saúde e a doença, seja qual for o campo social, o tempo ou espaço. Assim, o objeto dessa área é o sujeito na sua cultura, e o modo como pensa e vive sobre o corpo, a saúde e a doença.

Helman (2009) aponta que a antropologia médica busca compreender o homem em diferentes culturas e grupos sociais frente aos problemas de saúde e aos tratamentos, nos quais acreditam como verdadeiros quando adoecem, além também de estudar as alterações biológicas, psicológicas e sociais no organismo humano relacionadas às crenças e as práticas na saúde e na doença.

Para Langdon e Wiik (2010), a cultura é caracterizada como uma visão de mundo da qual as pessoas fazem parte, ou seja, compartilham e, dessa forma, passam a ser orientadas pelos seus conhecimentos, práticas e atitudes.

Segundo Marconi e Presotto (2007, 2013), a cultura é constituída pelos seguintes componentes:

- a. Conhecimento: refere-se ao ato de conhecer os aspectos relacionados à organização familiar, social, aos hábitos, às crenças, às técnicas de sobrevivência e ao trabalho;
- b. Crença: a atitude daquele que acredita como verdadeira uma afirmação comprovada ou não cientificamente;

- c. Valores: designa como princípios para indicar objetos e situações consideradas boas, desejáveis e apropriadas;
- d. Normas: indicam as condutas de agir das pessoas, como regras;
- e. Símbolo: aquilo a que se atribui valor específico através da realidade física ou sensorial.

A cultura engloba os padrões culturais, como exemplifica o estudo de Landgon e Wiil (2010) através das ilustrações aos tipos de comidas e à alimentação. Nessa pesquisa, demonstra-se que a maioria dos brasileiros tem o hábito de comer a maior refeição do dia ao meio-dia, para ter uma melhor ingestão de alimentação e mais ânimo no trabalho, uma refeição completa envolvendo o arroz com feijão. Diferentemente dos norte-americanos, cuja alimentação não envolve o feijão, e têm o hábito de comer pouca refeição ao meio-dia por acreditar que a comida em abundância faz mal durante o dia e atrapalha no rendimento do trabalho. Assim, comer é determinado pela maneira particular de cada cultura.

Outro exemplo, mencionado pelos autores anteriores, é sobre a alimentação e a cultura dos povos indígenas Barasana, da selva Amazônica Colombiana. A alimentação desse grupo étnico consistia em carne ou peixes com formigas e pão de mandioca (chamado de cassava) que eram preparados pelas mulheres da aldeia e com a responsabilidade da caça aos homens. O caçador, após a caça, no seu retorno à maloca, oferecia a maior parte da carne ao homem mais velho da sua família extensa, que era responsável por designar quem iria comer a refeição preparada pela mulher. O alimento era deixado no chão do centro da casa pela mulher, que utilizava o pão para pegar a comida. As mulheres nem sempre eram convidadas para comer, e as crianças não participavam da refeição quando eram carnes ou peixes de grande porte. Portanto, o padrão cultural é compreendido como um comportamento de normas, que vem estabelecer como aceitável ou não, uma conduta de uma dada cultura (MARCONI; PRESOTTO, 2013).

Estudo realizado por Nascimento e colaboradores (2011) com os indígenas Tremembé do município Itarema do Estado do Ceará, mostrou que a assistência prestada pelos profissionais de saúde da atenção primária, secundária, terciária e da equipe de saúde indígena estava fundamentada na valorização da cultura (o conhecimento e o uso das plantas medicinais no tratamento de doenças) e crença dessa população. Além disso, centralizava-se em um atendimento com a abordagem

transcultural, a fim de fortalecer o relacionamento dos profissionais com a comunidade.

Com base mencionada anteriormente sobre a abordagem transcultural ou transculturação, é importante destacar-se que a primeira nomenclatura utilizada pelo contato entre culturas foi chamada de aculturação, que é a ligação de duas culturas diferentes com influência contínua, ocasionando mudanças nos padrões da cultura de ambos os grupos. Enquanto a transculturação refere-se à troca de elementos culturais entre sociedades diferentes (MARCONI; PRESOTTO, 2013).

Estudo de Oliveira, Aquino e Monteiro (2012) menciona que a transculturação na área da saúde pode ser configurada de duas formas: os pajés, que atuam com as suas práticas e saberes de cura espiritual que ultrapassam o cuidado biomédico, principalmente no elo do homem com a espiritualidade e a natureza. Em outro momento, os profissionais de saúde exercendo a medicina com o conhecimento técnico-científico em busca de diagnosticar, prevenir e tratar doenças, proporcionando o bem-estar coletivo e individual.

Na área da Enfermagem, o assunto voltado à transculturação surge na década de 60, através de uma enfermeira americana chamada Madeleine M. Leininger, que foi a precursora da especialidade Enfermagem transcultural, a qual passou a incorporar no cuidado os valores, crenças e práticas de pessoas e grupos originários de uma determinada cultura sem impor a perspectiva cultural da enfermeira sobre o paciente (LEININGER, 2002). Assim, cabe ao profissional de Enfermagem a adequação do cuidado à cultura do indivíduo, para que o mesmo possa incluí-lo no seu dia a dia (SILVA et al., 2013).

A enfermeira Leininger apresentou três momentos que marcam o desenvolvimento da Enfermagem transcultural. A primeira, na metade da década de 1960, em que estabelece uma estrutura conceitual de enfermagem transcultural. A segunda, na década de 1970, que apresenta o modelo de saúde transcultural. A terceira, que apresenta o modelo Sunrise, descrito pela primeira vez em 1984, o qual retrata as dimensões transculturais de entrevistas, investigações e tratamentos culturais (LEININGER; MCFARLAND, 2006; MCFARLAND, 2010 apud MCEWEN; WILLS, 2016).

No decorrer de várias pesquisas, Leininger desenvolveu a teoria chamada de Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural com a finalidade de prestar cuidado de enfermagem culturalmente congruente, através da acomodação e da reestruturação

dos cuidados culturais. A acomodação dos cuidados culturais são aqueles cuidados que são prestados a pessoas de determinada cultura pelo profissional de enfermagem através de ações e tomadas de decisões para que o resultado final seja de melhoria da saúde. A reestruturação dos cuidados culturais são aquelas ações e decisões profissionais que auxiliam os indivíduos a modificar, alterar ou estabelecer seus estilos de vida direcionados para padrões de cuidados em saúde (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

De acordo com Seima e colaboradores (2011, pg. 852), a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine M. Leininger, considera que “a visão de mundo dos indivíduos e as estruturas sociais e culturais influenciam seu estado de saúde, bem-estar ou doença”. Portanto, a enfermeira no cuidado de forma congruente deve conhecer a situação cultural e seus influenciadores como a religião, política, economia, visão do mundo, valores culturais, história, linguagem, gênero, utilizando essas referências para prever decisões e ações.

Assim, o enfermeiro precisa conhecer a cultura de quem está sob seus cuidados, aproximar o cuidado cultural, pois cada indivíduo tem sua própria maneira de entender e executar o autocuidado.

4. Casuística e Método

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e transversal com abordagem quantitativa.

O estudo exploratório visa garantir maior conhecimento do problema de um assunto pouco explorado, com o objetivo de torná-lo compreensivo ou construir hipóteses (GIL, 2008). Este estudo é apropriado para o pesquisador que pretende investigar o fenômeno através da sua natureza e os outros fatores com os quais o tema está relacionado (POLIT; BECK, 2011).

Um estudo descritivo consiste na descrição das características que envolvem o fenômeno ou a população, ou determinando o elo entre as variáveis (GIL, 2008). Por sua vez, o estudo transversal envolve a coleta de informações de qualquer amostra de elementos da população somente uma vez, sem que haja acompanhamento (POLIT; BECK, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Polo-base do Pantaleão localizado na zona urbana do município de Autazes, estado do Amazonas.

O Polo-base do Pantaleão é uma instância de atendimento aos índios, sendo a primeira referência para os AIs que atuam nas aldeias, tanto na atenção primária como no serviço de referência, e estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2009b).

A referida Unidade é composta por quatro enfermeiras, dois médicos, cinco agentes indígenas de saúde, um agente indígena da malária, um agente indígena de saneamento, um odontólogo, um vigilante de saúde, além de outros profissionais como uma funcionária do serviço geral. Nesse Polo, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena é responsável por 19 aldeias, estando uma delas localizada na área urbana e 18 na área rural do município de Autazes.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

A população de interesse para este estudo foram os índios adultos da etnia Mura com DCNT, residentes no município de Autazes e cadastrados no Polo-base do Pantaleão.

A escolha da população do estudo deu-se pelo fato de o município de Autazes ser o que apresenta maior contingente populacional da etnia Mura, além de ser, dentre os que acolhem esta etnia, o mais próximo da cidade de Manaus. Consideraram-se, portanto, a facilidade do acesso a esse grupo étnico e a seus representantes, o deslocamento do pesquisador ao município e a organização de saúde.

4.3.1 Amostra do estudo

Para o cálculo da amostra probabilística, considerou-se o total de índios cadastrados no Polo-base do Pantaleão (N=1.080), que foram fornecidos pelo Ministério da Saúde na sede de Manaus por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). É importante destacar que o pesquisador desse estudo procurou a Sede do Ministério da Saúde em Manaus no mês de abril do ano de 2014, buscando o setor da SESAI, através do DSEI, e foi recebido pelos profissionais de saúde, especialmente por duas enfermeiras, as quais disponibilizaram, através do SIASI, o número exato da população indígena cadastrada no Polo-base do Pantaleão, sediado no perímetro urbano de Autazes.

O cálculo da amostra baseou-se na prevalência de DCNT de 20%, através de um estudo desenvolvido com população indígena adulta no Brasil (MARRONI, 2005). Essa amostra também é válida, para prevalências menores que 20% e acima de 80%. Desse modo, definiu-se o tamanho da amostra em 201 participantes.

Utilizou-se a fórmula que tem como objetivo determinar a estimativa de proporção. Os elementos necessários para obtenção da amostra e fórmulas utilizadas são apresentados a seguir, bem como os seus resultados:

$$n = \frac{p(1-p)z_{\alpha/2}^2}{\epsilon^2} = \frac{0,2 \times (1-0,2) \times 1,96^2}{0,05^2} \approx 245,85 \quad (1)$$

$$n^* = \frac{nN}{n + N - 1} = \frac{245,85 \times 1080}{245,85 + 1080 - 1} \approx 200,42 \quad (2)$$

Onde:

- **p** é a estimativa *a priori*
- **n** é o tamanho da amostra
- **σ** é nível de significância
- **z^2** é distribuição normal da probabilidade
- **N** é a população

Assim, por meio da fórmula mencionada anteriormente, obteve-se o número amostral.

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão do estudo

O estudo tem como critérios de inclusão: os indígenas adultos com DCNT da etnia Mura, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana de Autazes, cadastrados no Polo-base do Pantaleão, declarando serem indígenas e falantes da língua portuguesa, apresentando condições que permitam responder às perguntas dos instrumentos e aceitando participar voluntariamente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE B). Foram excluídos do estudo aqueles que não tinham cadastros no Polo-base Pantaleão e gestantes.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2016, da seguinte forma:

Ao chegar à cidade do município de Autazes no Estado do Amazonas, obedecendo o cronograma para coleta de dados, o pesquisador se dirigiu ao Polo-Base do Pantaleão, para se identificar e informar aos profissionais de saúde sobre o

estudo em questão, bem como apresentar documentos (termo de anuência e a aprovação do CEP/CONEP) que comprovassem a autorização para a realização do estudo. É importante mencionar que antes de procurar a equipe de saúde do Polo-base Pantaleão, foi realizado o contato com a liderança da etnia Mura na aldeia Pantaleão através de um tuxaua, ao qual foram apresentados os documentos de autorização e informado como seria realizada a pesquisa, sendo autorizada pelo representante.

Após esse contato inicial, foi solicitado o cadastro dos índios com DCNT à Enfermeira responsável. O documento disponibilizado pela profissional de saúde foi um caderno de registro dos indígenas no programa Hiperdia (termo denominado do programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), o cadastro de registro dos AIs, o caderno de controle do bolsa família e controle da farmácia que dispensa medicamento do programa Hiperdia para identificar os indígenas com DCNT.

Com os dados dos índios com DCNT, foi realizada uma lista de nomes por adultos e o endereço. Os dados foram digitados na planilha Excel 2007. Após digitar a listagem, foi solicitado à Enfermeira da Unidade que checasse se os listados eram indivíduos adultos com DCNT e se ainda estavam sendo assistidos pela equipe.

Feita uma atualização com os nomes, enumerou-se os índios com DCNT, totalizando 210. É importante mencionar que o setor de informática do Polo-base do Pantaleão, que é responsável por lançar no sistema a produção da Unidade, não estava funcionando por problemas técnicos, resultando no fato que não podia obter ou imprimir o relatório. O problema já acontecia antes mesmo da chegada do pesquisador à Unidade e, até o final da coleta de dados, a questão não tinha sido resolvida.

Com a listagem enumerada dos índios cadastrados com DCNT no Polo-base do Pantaleão, foi realizado um sorteio utilizando o programa Microsoft Excel 7, chamado de Sistema de sorteio de planilha 1.0² para determinar o número da amostra do estudo.

De posse dos dados do programa, o sistema de sorteio de planilha 1.0 iniciou a coleta dos dados levantados pelo pesquisador. Logo depois, o pesquisador dirigiu-

² Este recurso utiliza o programa do Excel, por meio do qual o usuário tem a opção de faixa de números que compõem o sorteio (número inicial e final) e a quantidade de resultados a apresentar. O programa tem 3 botões: reset, realiza sorteio e imprime resultados. Com reset, limpa-se o registro do último sorteio realizado, em seguida, realiza-se sorteio aleatoriamente, conforme os parâmetros fornecidos, e imprime-se a tela dos resultados.

se ao domicílio do índio para a realização da pesquisa, sendo que, antes de realizar o convite, confirmou o nome completo e questionou se o indivíduo apresentava DCNT. Após a confirmação inicial, era feito o convite para participar da pesquisa, deixando à vontade de ser realizada no domicílio ou no Polo-base Pantaleão, com dia e horário marcado. Caso aceitasse participar da pesquisa, no momento da visita, a aplicação do instrumento era realizada pelo pesquisador. Vale ressaltar que, no primeiro momento da visita ao indígena, o pesquisador estava identificado com um crachá contendo o nome das instituições (Universidade Federal do Amazonas- UFAM; Universidade de São Paulo). Foi realizado previamente um cronograma enumerado com a ordem da realização das visitas domiciliares por bairro.

No segundo momento do contato com o indígena no domicílio ou no Polo- base do Pantaleão, eram dadas as informações quanto ao estudo a ser realizado, os seus objetivos e a sua importância na participação. Logo após a explicação, a permissão era concedida por meio da assinatura do TCLE, em duas vias, uma que ficou com o pesquisador e outra que foi entregue ao indígena.

A coleta de dados era realizada de segunda a domingo, no período da manhã, tarde e, em alguns momentos, à noite, quando agendado. No período da manhã, o pesquisador atendia os índios que escolheram realizar a pesquisa no Polo-base do Pantaleão. A aplicação do instrumento foi feita numa sala disponibilizada pela Enfermeira responsável da Unidade. O período da tarde era destinado à coleta de dados com os indígenas que agendaram no domicílio. Aos finais de semana também era realizada a coleta de dados nos domicílios.

Em relação aos agendamentos na Unidade, caso o indígena agendado não comparecesse ao Polo-base Pantaleão, o pesquisador voltava à sua residência apenas uma vez para um novo agendamento. Já em relação aos atendimentos em domicílio, com os índios que não se encontravam na sua residência, agendava-se um novo retorno, também uma única vez.

Desta forma, o estudo conta com apenas três perdas no final da coleta de dados: em um caso, o indígena agendou na sua residência, quando o pesquisador foi ao encontro no segundo momento, o participante informou que não gostaria mais de participar da pesquisa. Nos outros dois casos, os índios agendaram, mas quando o pesquisador os procurou para realização da aplicação dos instrumentos, os participantes não se encontravam nas duas tentativas de visita.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio dos instrumentos, descritos a seguir:

4.5.1 Formulário para registro das características demográficas, socioeconômicas, ocupacionais, condição de saúde, prática de autocuidado e relacionadas ao cuidado familiar

O formulário foi construído especificamente para este estudo, com questões que abrangiam as variáveis demográficas (idade e sexo) e socioeconômicas (situação conjugal, escolaridade, religião, situação profissional, pessoas que residem no domicílio, com quem mora, renda pessoal e familiar), as variáveis da condição de saúde e as variáveis que expressam as práticas de autocuidado como os hábitos alimentares, hábito de fumar, de consumir bebida alcoólica, os relacionados ao exercício físico, à prática de esporte e as variáveis relacionadas ao cuidado familiar (APÊNDICE A).

4.5.1.1 Variáveis de estudo

As variáveis do estudo são apresentadas no Quadro 4 com a descrição do formulário para o registro das características demográficas, socioeconômicas, ocupacionais, condições de saúde, prática de autocuidado e relacionadas ao cuidado familiar.

Quadro 4 - Variáveis do formulário para caracterização demográfica, socioeconômica, situação de saúde, as práticas de autocuidado e o cuidado familiar. 2016.

(continua)

Variáveis	Categoria de resposta	Tipos
Idade	Anos completos	QT- numérica discreta
Sexo	Masculino/Feminino	QL- categórica nominal
Naturalidade	Local de nascimento/Cidade/Estado	QL- categórica nominal
Estado conjugal	Casado/Divorciado/Separado/Solteiro/Outros	QL- categórica nominal
Escolaridade	Séries completas/anos de estudo	QL- categórica ordinal

Variáveis	Categoria de resposta	Tipos
Religião	Católica, Evangélica, Espírita, Não tem religião e Outros.	QL- categórica nominal
Situação ocupacional	Empregado(a), Aposentado(a), Desempregado(a), Outros	QL- categórica nominal
Domicílio	Números de componentes no domicílio/Número de cômodos existentes	QT- numérica discreta
Condição de ocupação no domicílio	Próprio, alugado, cedido provisoriamente e outros	QL- categórica nominal
Moradores no domicílio	Sozinho, Cônjuge ou companheira, filho, Enteado, Genro, Nora, Bisneto, Irmã, Irmão, Avô, Avó, Outros	QL- categórica nominal
Renda pessoal	Rendimento bruto pessoal em salário mínimo ou reais	QT - numérica contínua
Renda Familiar	Rendimento bruto da família em salário mínimo ou reais	QT - numérica contínua
Familiares com alguma doença crônica	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença cardíaca	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença respiratória	Não/Sim	QL - categórica nominal
Apresenta doença autoimune	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença renal ou urinária	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença visual	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença de pele	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença mental	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença de audição	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresente doença metabólica	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta Neoplasia	Não/Sim	QL- categórica nominal
Apresenta doença de coluna/osso	Não/Sim	QL- categórica nominal
Outras doenças crônicas e deficiências	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conhecimento da doença	Não/Sim	QL- categórica nominal
Realiza consulta periódica na unidade	Não/Sim	QL- categórica nominal
Índice de Massa Corporal (IMC)	Peso em Kg e Altura em cm	QT - numérica contínua
Internação em um hospital por complicação da doença crônica	Não/Sim	QL- categórica nominal
Autoavaliação de saúde	Muito boa/Boa/Regular/Ruim/Muito ruim	QL- categórica ordinal
	1 refeição/dia, 2 refeições/dia, 3	QL- categórica ordinal

Variáveis	Categoria de resposta	Tipos
Número de refeições por dia	refeições/dia, 4 refeições/dia, acima de 5 refeições/dia	
Consumo de frutas	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de verduras	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de legumes	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de carne	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de frango industrializado	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de galinha de quintal	Não/Sim	QL- categórica nominal
Utiliza a pele do frango ou galinha para comer	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de peixes	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de carne silvestre	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de sal na refeição já servida no prato	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de refrigerante	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de suco artificial	Não/Sim	QL- categórica nominal
Costuma comer doces	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo de alimentos industrializados (comida enlatada, preparada e outros)	Não/Sim	QL- categórica nominal
Consumo habitual de frituras	Não/Sim	QL- categórica nominal
Segue orientação alimentar	Não/Sim	QL- categórica nominal
Hábitos de fumar	Não/Sim	QL- categórica nominal
Tipo de produto do tabaco	Cigarro de palha ou enrolados a mão, cigarro industrializado, charuto, cachimbo e outros	QL- categórica nominal
Dificuldade de parar	Não/Sim	QL- categórica nominal
Hábitos de bebidas alcoólicas	Não/Sim	QL- categórica nominal
Frequência de consumo de bebida alcoólica	uma a duas vezes por semana, três a quatro vezes por semana, cinco a seis vezes por semana, sete a oito vezes por semana, todos os dias e outros	QL- categórica ordinal
Tipo de bebida alcoólica	Cachaça, Vodka, Cerveja, Whisky e Outros	QL- categórica nominal
Dificuldade de parar	Não/Sim	QL- categórica nominal
Prática de Exercício físico	Não/Sim	QL- categórica nominal
Tempo que pratica exercício físico	Meses ou Anos	QT - numérica continua
Frequência de Exercício físico	uma a duas vezes por semana, três a quatro vezes por semana, cinco a seis vezes por semana,	QT- numérica discreta

Variáveis	Categoria de resposta	Tipos
	sete a oito vezes por semana, todos os dias	
Prática de esporte	Não/Sim	QL- categórica nominal
Toma medicamento	Não/Sim	QL- categórica nominal
Atividades que desempenham o autocuidado	Descrição das atividades desenvolvidas no seu autocuidado	QL - categórica nominal
Dificuldade para realizar o autocuidado	Descrição das dificuldades para realizar o autocuidado	QL - categórica nominal
Recebeu orientação sobre o autocuidado	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para ajudar no domicílio	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para ouvir	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para lhe dar conselhos	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para levá-lo ao atendimento médico	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém que demonstre afeto e amor	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para se divertir ou distrair	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para informação e esclarecimento sobre a situação de doença	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém que confia	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém que ajude nas tarefas diárias	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém que ajuda em dinheiro	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para ajudar em rancho ou alimento	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém que ajuda quando está doente	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para realizar alguma atividade fora do domicílio	Não/Sim	QL- categórica nominal
Conta com alguém para ajudar nos cuidados pessoais	Não/Sim	QL- categórica nominal

Nota: QL: Qualitativo; QT: Quantitativo.

(conclusão)

O Quadro 5 demonstra os itens do índice de Barthel, a descrição e o tipo de variável.

Quadro 5 - Variáveis do Índice de Barthel. 2016.

AVDs	Categoria de resposta	Tipos
------	-----------------------	-------

Alimentação	Independente, necessita de alguma ajuda, dependente	QL-categórica ordinal
Higiene pessoal	Independente, dependente	QL-categórica ordinal
Uso do sanitário	Independente, necessita de alguma ajuda, dependente	QL-categórica ordinal
Banho	Independente, dependente	QL-categórica ordinal
Vestir	Independente, necessita de alguma ajuda, dependente	QL-categórica ordinal
Controle fecal	Continente, Necessita de ajuda, dependente	QL-categórica ordinal
Controle urinário	Continente, Necessita de ajuda, dependente	QL-categórica ordinal
Deambular	Independente, necessita de ajuda, independente com cadeira de roda, dependente	QL-categórica ordinal
Transferência da cadeira para a cama	Independente, necessita de ajuda mínima ou supervisão, necessita de grande ajuda, dependente	QL-categórica ordinal
Subir e descer a escada	Independente, necessita de alguma ajuda, dependente	QL-categórica ordinal

Nota: QL: Qualitativo; QT: Quantitativo.

Os domínios da Escala de Lawton são apresentadas no Quadro 5, além da descrição e o tipo de variável.

Quadro 6 - Variáveis da Escala de Lawton. 2016.

AIVDs	Categoria de resposta	Tipos
Usar o telefone	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Ir a locais distantes	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Fazer compras	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Preparar as próprias refeições	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Arrumar a casa	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Fazer trabalhos manuais domésticos (pequenos reparos)	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Lavar e passar roupas	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Tomar seus remédios na dose e horário	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal
Cuidar das finanças	Sem ajuda, com ajuda parcial, não consegue	QL-categórica ordinal

Nota: QL: Qualitativo; QT: Quantitativo.

4.5.1.2 Pré-teste

O pré-teste foi aplicado em três índios com DCNT, propostos na pesquisa e que não faziam parte do estudo, com a finalidade de determinar se o instrumento atende aos objetivos propostos na pesquisa e ainda serem capazes de reproduzir informações esperadas (POLIT; BECK, 2011). Os participantes nesta etapa da pesquisa foram duas mulheres e um homem, com idade entre 40 a 65 anos.

Após a aplicação, surgiu a necessidade de alterar a ordem das perguntas para melhor sequência das perguntas no formulário; a inclusão de perguntas foi necessária para alcançar os objetivos do estudo; a duração foi cronometrada para ter informação do gasto de tempo com cada entrevistado; por fim, buscou-se identificar a compreensão das respostas obtidas para cada item do instrumento.

Portanto, após os ajustes necessários no instrumento de coleta de dados, não houve dificuldade, por parte dos indígenas, em responder as questões. É importante mencionar que o pesquisador coletou todos os dados dos participantes do estudo e as perguntas do instrumento de coleta de dados foram ajustadas à linguagem dos indígenas, evitando termos técnicos e abstratos, sendo o formulário de uso restrito do pesquisador.

4.5.2 Avaliação do autocuidado nas AVDs e AIVDs

Para avaliação da capacidade funcional dos participantes do estudo no desempenho das AVDs e AIVDs, configurando no autocuidado, foram utilizados os instrumentos validados, a saber:

4.5.2.1 Índice de Barthel

O IB consiste em um instrumento que avalia os elementos do autocuidado para o nível de independência do sujeito para a realização das dez AVDs: alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário, banho, vestir e despir, controle fecal, controle urinário, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (ANEXO A).

4.5.2.2 Escala de Lawton

Neste estudo, foi aplicada a Escala de Lawton (ANEXO B). Esse instrumento busca avaliar o desempenho funcional do indivíduo em termos de AIVDs que possibilitam que o mesmo mantenha uma vida independente.

4.5.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados após a coleta em planilha do programa Microsoft Excel versão 2007, sendo realizadas as correções necessárias. Posteriormente, foi utilizado, para a análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20.0).

Na análise descritiva, procedeu-se a avaliação das variáveis do estudo (dados demográficos, socioeconômicos, ocupacionais, condições de saúde, práticas de autocuidado e o cuidado familiar), por meio da distribuição de frequência, porcentagem e medidas descritivas (média, desvio padrão, amplitude, mínimo e máximo), que são um meio de se organizar e resumir as observações, apresentando as características gerais de um conjunto de dados (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Quanto às variáveis de condição de saúde por meio da análise descritiva, especialmente para as DCNTs, foi utilizada a Classificação Internacional de Doença (CID) 10, com a finalidade de agrupar as doenças.

Em seguida, foram feitas análises inferenciais, isto é, foram usadas ferramentas estatísticas para fazer afirmações sobre características da população, com base nas informações dadas pela amostra (BUSSAB; MORETTIN, 2013). Para verificar associação entre variáveis, empregamos o teste Qui-Quadrado e o Exato de Fisher. Esse segundo foi utilizado quando o pressuposto do tamanho adequado das frequências esperadas não foi atendido. O teste de Fisher é a alternativa para contornar esse problema, sendo considerada a versão exata do teste Qui-Quadrado (SOARES; SIQUEIRA, 2010).

De acordo com a convenção científica, um achado é estatisticamente significativo se o p -valor é menor que um ponto de corte (geralmente 0,05) (SOARES; SIQUEIRA, 2010). Portanto, foram fixados neste estudo um nível de significância de 0,05 para os testes de hipóteses supramencionados.

Para o tratamento dos dados na análise inferencial, foi realizado o agrupamento das respostas das variáveis demográficas, socioeconômicas (idade, escolaridade, convívio marital, religião, situação ocupacional, renda pessoal e familiar, arranjo domiciliar, condição de moradia, número de moradores, tipo de família), as variáveis sobre condições de saúde, as práticas de autocuidado e o cuidado familiar através das dimensões do apoio social (instrumental, emocional, material, de informação e a interação social positiva).

Para a associação das variáveis de DCNT, foram utilizadas as doenças classificadas através dos capítulos da CID-10 que obtiveram resultados das respostas acima de 20%. Essas variáveis foram associadas aos dados demográficos, socioeconômicos, condições de saúde, às práticas de autocuidado e ao cuidado familiar.

As variáveis sobre o cuidado familiar através das dimensões do apoio social promovido pelos familiares (Instrumental, Emocional, Material, Informação e Interação social positiva) foram associadas aos dados demográficos, socioeconômicos, domicílio, DCNTs, atendimento ambulatorial/hospitalar e às práticas de autocuidado.

Em relação às variáveis do Índice de Barthel (AVDs) e Escala de Lawton (AIVDs), foram classificadas em independente e dependente (parcial ou total) para o tratamento da análise dos dados, sendo associadas aos dados demográficos, socioeconômicos, ocupacionais, às práticas de autocuidado e ao cuidado familiar.

Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e na linguagem descritiva. Nas Tabelas de dupla entrada, construídas para análise bidimensional, os percentuais foram calculados com base nos totais das linhas, que, em algumas delas, não foram expostos.

Os dados analisados estiveram sob as orientações do Estatístico da Escola de Enfermagem da USP e da UFAM.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO

O estudo atendeu à resolução nº 466/2012 e teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP, sob o CAAE nº 34559614.0.0000.5392 (ANEXO C) e o parecer nº 1.363.967, além de

obter autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP no parecer nº 1.416.083 (ANEXO D).

Os documentos necessários para submeter ao CEP da Escola de Enfermagem da USP e ao CONEP foram: termo de anuência do Conselho Distrital de Saúde Indígena (ANEXO E), termo de anuência do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus (ANEXO F), termo de anuência da Funai Regional (ANEXO G), Autorização para ingresso em Terra Indígena da FUNAI (ANEXO H), ata da reunião do Conselho Indígena Mura de Autazes (ANEXO I) e o termo de anuência do Conselho indígena de Autazes (ANEXO J).

A coleta de dados aconteceu depois da aprovação de todas as instâncias que envolvem a pesquisa com a população indígena.

5. Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão divididos em duas partes, através de apresentação de tabelas, gráficos e medidas de resumo (média, desvio padrão, mínima, máxima e amplitude), atendendo aos objetivos propostos no estudo. No primeiro momento, foram apresentados os dados de forma essencialmente descritiva. No segundo momento, nos dados de associações foram utilizados testes estatísticos para verificar se há associação, sendo apresentados em tabelas.

5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

As características demográficas e socioeconômicas dos 198 indígenas da etnia Mura são observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Variáveis	N	(continua) %
Sexo		
Feminino	137	69,2
Masculino	61	30,8
Faixa etária (anos)		
23 ⇨ 31	8	4,0
32 ⇨ 40	11	5,6
41 ⇨ 49	30	15,2
50 ⇨ 58	41	20,7
59 ⇨ 67	51	25,8
68 ⇨ 75	31	15,7
76 ⇨ 84	22	11,1
85 ⇨ 93	2	1,0
94 ⇨ 101	2	1,0
Média ± dp (Idade-anos)	59 ± 14,5	
Estado conjugal		
Casado(a)	65	32,8
União estável	60	30,3
Solteiro(a)	33	16,7
Viúvo(a)	28	14,1
Divorciado(a)	8	4,0
Separado(a)	4	2,0
Religião		
Evangélico(a)	98	49,5
Católico(a)	75	37,9
Testemunha de Jeová	17	8,6
Não tem religião	8	4,0

(continuação)

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	43	21,7
Ensino fundamental incompleto	129	65,2
Ensino fundamental completo	3	1,5
Ensino médio incompleto	-	-
Ensino médio completo	20	10,1
Ensino superior incompleto	-	-
Ensino superior completo	3	1,5
Situação ocupacional		
Aposentado(a)	95	48,0
Empregado(a)	40	20,2
Desempregado(a)	38	19,2
Autônomo(a)	16	8,1
Pensionista	9	4,5
Renda pessoal (salários mínimos)*		
0	52	26,3
1 a 2	143	72,2
≥ 3	3	1,5
Renda familiar (salários mínimos)*		
< 1	28	14,1
1 a 2	151	76,3
≥ 3	19	9,6
Benefício social		
Bolsa família	50	25,3
Auxílio-doença	5	2,5
Não se aplica	143	72,2
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde a zero

*Salário mínimo vigente do ano de 2016 no valor de R\$ 880,00

(conclusão)

A faixa etária dos índios Mura foi organizada em nove classes. Observou-se que houve classes predominantes: de 59 a 67 anos (25,8%); de 50 a 58 anos (20,8%); de 68 a 75 anos (15,7%); de 41 a 49 anos (15,2%). Constatou-se ainda que em relação ao sexo, a predominância é feminina (69,2%). A idade mínima observada foi de 23 anos, a máxima de 100 anos, com amplitude de 77anos, um média de aproximadamente de 59 (dp=14,5) anos.

Em relação ao estado conjugal, verificou-se que a maior parte dos participantes eram casados (32,8%). Quando observamos o comportamento da variável “estado conjugal” dada variável “sexo”, temos que maioria das mulheres indígenas estão numa relação de união estável³ (21,7%), seguidas por casadas (19,7%).

³ Utilizou-se essa denominação para caracterizar como entidade familiar entre o homem e a mulher sob a convivência sob o mesmo teto, podendo ser duradoura e configurando como constituição familiar, mas que não se configura como situação conjugal. De acordo com o código civil brasileiro (BRASIL, 2010).

Quanto à religião dos indígenas Mura, a pesquisa aponta que a mais frequente da distribuição apresentada foi a evangélica (49,5%), seguida pela católica (37,9%).

No que se refere à escolaridade dos indígenas deste estudo, o percentual é predominantemente baixo, sendo que 66,7% representa os que têm o ensino fundamental completo ou incompleto e 21,7%, o analfabeto, totalizando 88,4%. Os índios idosos neste estudo apresentam um nível de baixa escolaridade como o analfabetismo (não sabendo ler e escrever), o que corresponde a 22 (11,1%) dos indivíduos. Apenas dois adultos do sexo feminino e um idoso do sexo masculino têm o ensino superior completo. Destaca-se dos índios que estudaram na modalidade de curso seriado, sendo representados por quatro adultos e quatro idosos, sendo que dois foram alfabetizados através de programas educacionais oferecidos pela Igreja para alfabetizar (aprender assinar o nome e ler) e seis cursaram na forma de supletivo o ensino fundamental, mas que não chegaram a concluir.

A situação ocupacional mais frequente observada no estudo foi a de aposentado (48,0%), seguida de empregados (20,2%). A renda pessoal dos participantes variou de um a dois salários mínimos (72,2%). Apenas 52 (26,3%) dos índios não tinham nenhuma renda pessoal, sendo que essa situação foi predominante para o sexo feminino.

Em relação à renda mensal familiar dos indígenas Mura, observou-se que a predominância foi de um a dois salários mínimos (76,3%), possuindo uma renda em dinheiro que varia de 880,00 a 1.760,00 reais.

Com relação ao benefício social, observou-se que o programa bolsa família⁴ (25,3%) foi que apresentou maior frequência, seguido pelo auxílio-doença que é assegurado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (2,5%). Vale mencionar quanto aos indígenas que recebem o bolsa família correspondia na sua maioria por mulheres (N=33,66,0%), que não recebiam nenhuma renda pessoal (N=36,72,0%) vivendo com quatro a seis membros da família no domicílio (N=21,42,0%), sendo que a renda da família era menos de um salário mínimo.

Outro fato que merece registro é a procedência da naturalidade dos indígenas, sendo que a maior frequência foi da área rural (N=157,79,3%) como local de nascimento, seguido pela área urbana (N=29,14,6%) da cidade de Autazes e outros

⁴ O Programa Bolsa Família foi instituído pelo Governo Federal pela lei nº10.836, de 9 de janeiro de 2004. O programa está voltado para famílias pobres que tenha renda mensal per capita entre R\$ 77,01 a 154,00, sendo que o valor do benefício pode ser aumentado caso a família possua gestante, crianças e adolescentes entre 0 a 17 anos.

6,1%, a municípios do Estado do Amazonas como: Manaus, Manacapuru, Borba e Itacoatiara.

5.2 CARACTERÍSTICAS DA OCUPAÇÃO DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a ocupação com vínculo empregatício, autônomo e as atividades antes da aposentadoria.

Tabela 2 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a ocupação com vínculo empregatício, autônomo e as atividades antes da aposentadoria. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Ocupação	N	%
Vínculo empregatício		
Agricultor	16	8,1
Auxiliar de serviço geral	10	5,0
Professor	2	1,0
Doméstica	2	1,0
Técnica de Enfermagem	2	1,0
Agente Indígena de Saúde	2	1,0
Assistente administrativo	2	1,0
Cozinheira	1	0,5
Técnica em saúde bucal	1	0,5
Agente Comunitário de Saúde	1	0,5
Guarda municipal	1	0,5
Não se aplica	148	74,7
Autônomo		
Pescador, Peixeiro	6	3,0
Vendedor	3	1,5
Serviço de limpeza	2	1,0
Outros*	5	2,5
Não se aplica	183	92,4
Antes da aposentadoria		
Agricultor	80	40,4
Professor	3	1,5
Outros†	12	6,1
Não se aplica	103	52,0
Total	198	100,0

* Rezadeira, cozinheira, canoeiro, técnico de manutenção de televisão e agricultor

† Carpinteiro, eletricista, seringueiro, vigia, vendedor ambulante, serviço geral e do lar

A ocupação dos indígenas com vínculo empregatício foi representada na sua maioria por agricultores (8,1%) das fazendas do município de Autazes, seguida pelos auxiliares de serviços gerais (5,0%) que prestavam serviço de limpeza à prefeitura.

Dos 40 (20,2%) entrevistados que informaram ocupações com vínculo empregatício, 27 (67,5%) eram mulheres, que exerciam, na sua maioria, ocupação de auxiliar de serviço geral (N=10, 37,0%), diferente dos homens com 13 (32,5%) que eram representados, na sua maioria, pela atividade de agricultor (N=9, 69,3%). Vale ressaltar que apenas a ocupação de agricultor e doméstica não tinham vínculo empregatício com a prefeitura do município de Autazes, sendo que as demais apresentadas na Tabela 2 têm esse vínculo.

Em relação à ocupação autônoma dos participantes do estudo, verificou-se que a mais frequente foi a atividade de pescador/peixeiro (3,0%), seguida pela atividade de vendedor (1,5%). Destacam-se ainda as ocupações exercidas por aposentados, que recebiam aposentadoria e ainda exerciam atividades renumeradas como: agricultor, pescador e cozinheira.

Outras categorias de atividades de ocupação como autônomo dos índios Mura, na Tabela 2 eram rezadeira⁵, cozinheira, canoeiro⁶, de técnico de manutenção de TV e agricultor.

Dentre as atividades profissionais/ocupações exercidas anteriormente à aposentadoria e referidas pelos idosos do estudo, destacam-se: agricultor com 80 (40,4%) e professor com três (1,5%). Vale mencionar que outras atividades relatadas pelos índios idosos, demonstradas na Tabela 2, como outras ocupações exercidas foram seringueiro, carpinteiro, eletricista, vendedor ambulante, vigia e serviço geral e do lar.

Em relação aos participantes pensionistas do estudo, apenas dois relataram exercer atividade renumerada como autônomo: uma vendedora de roupas e um comerciante de verduras e frutas.

5.3 CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO E O TIPO DE FAMÍLIA DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

A seguir, na Tabela 3 será apresentada a distribuição dos indígenas da etnia Mura de acordo com as características do domicílio.

⁵ Consiste em atividades como forma de tratamento através de rezas para combater as enfermidades.

⁶ Atividades exercidas no deslocamento através da canoa com motores (rabetas) nos rios próximos ao município de Autazes, como uma fonte de renda.

Do total de 198 participantes da pesquisa, em relação aos coabitantes no domicílio, verificou-se com maior frequência de um a três moradores (40,9%), seguido por quatro a seis (35,4%) que habitam na residência dos participantes do estudo. A média do número de moradores no domicílio dos informantes foi aproximadamente de 5 (dp=3,01) indivíduos.

Ainda de acordo com os dados apresentados na Tabela 3, dos 198 indivíduos, 100 (50,5%) informaram que têm entre três a quatro compartimentos na sua residência e 56 (28,3%) têm entre cinco a seis divisões. A média de compartimentos nos domicílios foi de aproximadamente 4 (dp=1,49).

No que tange ao número de integrantes classificados por criança, adolescente, adulto e idoso que residem com índios Mura no domicílio corresponderam, na sua maioria, a: duas crianças por casa, totalizando 42 (21,2%); um adolescente, representado por 11 (5,5%); um adulto por residência no total de 66 (33,3%) e um idoso, correspondendo a 74 (37,4%). A média geral para os componentes familiares no domicílio foi de 3 (dp=1,82) para adulto, 2 (dp=1,79) para crianças, 2 (dp=1,39) para adolescentes e 1 (dp=0,47) idoso.

Tabela 3 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), conforme características do domicílio. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Domicílio	N	%
Nº de moradores		
1 a 3	81	40,9
4 a 6	70	35,4
7 a 9	36	18,2
≥ 10	11	5,6
Nº de compartimento		
1 a 2	35	17,7
3 a 4	100	50,5
5 a 6	56	28,3
7 a 8	7	3,5
Condição de ocupação		
Própria	183	92,4
Cedida	12	6,1
Alugada	3	1,5
Com quem mora		
Filhos	135	68,2
Netos	79	39,9
Cônjuge	65	32,8
Companheiro(a)	60	30,3
Nora e genro	25	12,6
Irmãos	13	6,6
Sobrinho	11	5,6
Sozinho	10	5,1
Outros*	23	11,6

Nota: Para variável "com quem mora" o indivíduo podia responder mais de uma categoria.

* Tio, primos, cunhados e bisnetos.

Em relação à condição de ocupação, 183 (92,4%) indivíduos relataram possuir casa própria, sendo 126 mulheres (63,6%) e 57 homens (28,8%); 12 (6,1%) dos índios tinham casa cedida provisoriamente pela família ou comunidade. Apenas duas mulheres indígenas adultas e uma idosa pagavam aluguel.

Quando questionados sobre com quem moravam, 135 (68,2%) dos 198 entrevistados informaram viver com os filhos e 65 (32,8) viviam com os conjugues. Dentre os que moravam na residência, 43 (21,7%) eram mulheres indígenas vivendo em situação de união estável, evidenciando-se assim um predomínio em comparação aos homens com 17 (8,6%). Vale ressaltar que os indígenas que moravam sozinhos na sua maioria eram idosos do sexo feminino, totalizando seis.

Na Tabela 4 temos o tipo de família dos indígenas da etnia Mura com DCNT, observou-se que 60 (30,3%) dos 198 participantes do estudo são representados por família extensa, seguidos por família monoparental com 46 (23,2%), que resulta apenas da constituição por um só pai na criação do filho. Desses 198, destaca-se que 34 (17,2%) dos indígenas adultos são de famílias nucleares e 33 (16,7%) de índios idosos que compõem o tipo de família extensa, sendo que ambas as categorias apresentaram maior frequência do sexo feminino.

Tabela 4 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, conforme o tipo de família. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Tipo de Família	N	%
Extensa	60	30,3
Monoparental	46	23,2
Nuclear	45	22,7
Casal	21	10,6
Unitária	10	5,1
Reconstituída	9	4,5
Várias pessoas	6	3,0
Homoafetivo	1	0,5
Total	198	100,0

5.4 CARACTERÍSTICAS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

Na Tabela 5, consta a caracterização dos indígenas da etnia Mura segundo antecedentes familiares com DCNT.

Tabela 5 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura segundo os antecedentes familiares de DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Antecedentes familiares	N	%
DCNT		
Hipertensão Arterial Sistêmica	66	33,3
Diabetes Mellitus	37	18,7
Neoplasias	15	7,6
Cirrose Hepática	3	1,5
Osteoporose	2	1,0
Artrose	1	0,5
Epilepsia	1	0,5
Não soube informar	104	52,5
Grau de parentesco		
Pai	95	48,0
Mãe	63	31,8
Irmãos	32	16,2
Não se aplica	104	52,5

Nota: Para variável "DCNT" e "grau de parentesco" indivíduo podia responder mais de uma categoria.

Quanto à presença de DCNT na família, 66 dos indígenas (33,3%) relataram que seus familiares tinham HAS, e seguidos por DM com 37 (18,7%). Vale mencionar que dos 198 participantes do estudo, 31 (15,7%) relataram a existência de uma ou mais enfermidades na família, sendo, na sua maioria, DCNT relacionadas à combinação de HAS e DM (N=20, 10,1%). Vale mencionar que a maioria dos entrevistados informou que não tinha conhecimento da DCNT na família, correspondendo a 52,5%.

Em relação ao grau de parentesco dos familiares indígenas que tinham DCNT, observou-se que o pai aparece em 95 (48,0%) dos 198 casos, seguido de 63 (31,8%) com a mãe. Houve predomínio quanto à DCNT de HAS para todos os graus de parentesco (mãe, pai e irmãos) dos casos referidos.

A Tabela 6 apresenta as DCNTs dos indígenas da etnia Mura conforme a classificação dos capítulos da CID-10⁷ e o tempo de conhecimento.

Com relação às DCNTs dos índios, verificou-se que as doenças do sistema circulatório apresentam maior frequência (N=123, 62,1%), especificamente com HAS (61,1%). Em seguida, aparecem as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (N=103, 52,0%) com as DCNTs como Hipercolesterolemia com 72 (36,4%) e 54 (27,3%) para DM. Dentre as doenças dos sistemas osteomuscular e do tecido conjuntivo (N=77, 38,9%), tiveram representatividade de maior quantitativo a artrite

⁷ Na presente pesquisa, foram utilizados os capítulos da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para classificação das DCNTs e o tempo de conhecimento (WHO, 2016).

reumatoide com 40 (20,2%) e 36 (18,2%) com Dorsalgia. Vale ressaltar que todos os participantes deste estudo possuíam DCNT.

Tabela 6 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura (N=198) segundo as DCNTs e o tempo de conhecimento de acordo com os capítulos da CID-10. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

(continua)

Capítulos da CID-10	DCNT	Tempo de conhecimento			
		N	%	Média	dp
IX. Doença do sistema circulatório	Hipertensão Arterial Sistêmica	122	61,1	7	6,29
	Bloqueio Atrioventricular e do ramo esquerdo	3	1,5	2	1
	Insuficiência arterial	2	1,0	30	0
	Angina estável	1	0,5	2*	-
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Hipercolesterolemia	72	36,4	6 [†]	13
	Diabetes Mellitus	54	27,3	7	6,37
	Hipotireoidismo	2	1,0	10	4
	Tireotoxicose	1	0,5	40*	-
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Artrite reumatoide	40	20,2	7	9
	Dorsalgia	36	18,2	5	6
	Artrose	8	4,0	7	7
	Transtorno dos discos intervertebrais	8	2,0	7	7
	Escoliose	6	3,0	8	10
	Cifoescoliose	3	1,5	3	2
	Osteoporose	3	1,5	2	1
VII. Doenças do olho e anexos	Catarata	21	10,6	5	3
	Glaucoma	3	1,5	1	2
XI. Doenças do sistema digestivo	Gastrite crônica	16	8,1	5	5
V. Transtornos mentais e comportamentais	Transtorno depressivo recorrente	7	3,5	2	1
	Transtorno mental crônico	1	0,5	4*	-
VI. Doenças do sistema nervoso	Epilepsia	6	3,0	10	9
XIV. Doenças do sistema geniturinário	Prostatite crônica	6	3,0	2	2
	Cálculos do rim	2	1,0	1	0
	Insuficiência renal crônica	1	0,5	2*	-
X. Doenças do aparelho respiratório	Sinusite crônica	2	1,0	13	15
	Asma	2	1,0	22	5

Capítulos da CID-10	DCNT	Tempo de conhecimento			
		N	%	Média	dp
II. Neoplasias	Enfisema intersticial	1	0,5	8*	-
	Neoplasia maligna do lobo occipital	1	0,5	5*	-
	Neoplasia maligna do colo do útero	1	0,5	1*	-
	Dermatite atópica	1	0,5	1*	-
XII. Doenças da pele e tecido subcutâneo	Vitiligo	1	0,5	4*	-
	Urticária alérgica crônica	1	0,5	1*	-
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	Hemofilia	1	0,5	32*	-

Legenda: - corresponde a nenhum valor; dp= desvio padrão

Nota: As respostas dos participantes do estudo para "DCNT" obteve o resultado de mais de uma

[†] período que corresponde a meses * Valores referentes a única observação

(conclusão)

Em relação ao tempo de conhecimento da DCNT relatado pelos índios da etnia Mura através da medida descritiva na Tabela 6, observou-se que as Doenças do Sistema Circulatório (DSCs) representada pela HAS teve média geral de 7 (dp=6,29) anos.

Quanto às Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (DNEMs) através da Hipercolesterolemia, com média de 6 (dp=13) meses e a Diabetes Mellitus, com média de 7 (dp=6,37) anos. Vale ressaltar que algumas DCNTs, relacionadas ao tempo, apresentaram frequências iguais a um, portanto o tempo de conhecimento da média nesse caso é o tempo desse único indivíduo.

Com relação às Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (DSOTCs), constou a média de 7 (dp=9) anos para artrite reumatoide e dorsalgia com 5 (dp=5) anos.

Os entrevistados foram questionados sobre a presença de deficiência que foram representados por cinco deficientes visuais (um com perda total e quatro com perda parcial da visão), além de dos indivíduos com deficiência física e auditiva, sendo cada uma com dois representantes, respectivamente.

Quanto ao número de DCNTs dos participantes do estudo, demonstra maior concentração para uma DCNT (N=64,32,3%), seguido por duas (N=63, 31,8%). Destaca-se ainda que os idosos (≥ 60 anos) indígenas apresentaram maior frequência para duas DCNTs (N=24, 12,1%), diferentemente dos adultos (≤ 59 anos), que tinham uma DCNT (N=26, 13,1%), ambas as categorias tiveram predominância para o sexo

feminino. Apenas duas indígenas mulheres tinham seis DCNTs no estudo. O número de DCNT variou de uma a seis, com média de 2 ($dp=1,15$).

Tabela 7 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura, segundo o conhecimento sobre a DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Conhecimento sobre a DCNT	N	%
Sinais/Sintomas	14	7,1
Fisiologia	13	6,6
Complicação	13	6,6
Etiologia	8	4,0
Tratamento	2	1,0
Diagnóstico	1	0,5
Não soube informar	157	79,3

Nota: As respostas dos participantes do estudo para o “conhecimento da sobre DCNT” obteve o resultado de mais de uma.

No que tange ao conhecimento sobre a DCNT, apresentada na Tabela 7, verificou-se que a maioria, 157 (79,3%) relataram que não tinham conhecimento sobre a sua doença e 51 (20,7%) referiram conhecer a DCNT. Dos 198 entrevistados, 14 (7,1%) informaram compreensão sobre sinais e sintomas da doença, 13 (6,6%) afirmaram ter entendimento sobre a fisiologia e ainda outros 13 (6,6%) para a complicação da doença. Vale ressaltar que teve mais de uma resposta na questão de conhecimento da DCNT.

Gráfico 1 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo a autoavaliação de saúde. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Dos dados sobre a autoavaliação de saúde dos indígenas apresentados no gráfico 1, aponta-se como a mais referida a categoria regular (55%), seguida da categoria classificada por boa (30%). Aqueles que responderam que consideram a sua saúde como regular foram na sua maioria mulheres (N=78; 71,6%) indígenas, com grau de escolaridade entre o analfabeto até o ensino fundamental incompleto (N=70; 64,2%).

Na Tabela 8, temos a distribuição dos 128 indígenas da etnia Mura com DCNT, observe que 46 (35,9%) indivíduos apresentaram eutrófico, seguidos por 42 (32,8%) para sobrepeso. A média do IMC desses 128 participantes do estudo encontrada foi de 26,92, ou seja, em média esse grupo é classificado como sobrepeso e tem o desvio padrão igual a 5,68. Comparando os indivíduos do sexo feminino com os do masculino, de acordo com a classificação da OMS⁸, o IMC do primeiro grupo foi menor do que o segundo, sendo o resultado esperado pois as mulheres são mais baixas e apresentaram menor peso. Vale ressaltar que os dois grupos apresentaram desvio padrão para estatura, peso e IMC, indicando um comportamento homogêneo entre eles. A mulher com menor estatura apresentou 1,31m e a mais alta 1,65m. Em relação aos homens, esses números foram de 1,45m e 1,76m, respectivamente. O menor peso observado entre as mulheres foi de 25Kg, e o maior 98Kg. Para os homens, esses números foram de 48Kg e 102Kg, respectivamente. Em relação ao IMC, no grupo do sexo feminino o número observado foi 11,57 (baixo peso) e 42,42 (obesidade grau III). Observe que não houve obesidade grau III entre os homens.

Tabela 8 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=128), segundo classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) e a medida descritiva em ambos os sexos. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

IMC	N	%	Média	dp
Baixo peso	6	4,7	26,92	5,68
Eutrófico	46	35,9		
Sobrepeso	42	32,8		
Obesidade Grau I	23	18,0		
Obesidade Grau II	9	7,0		
Obesidade Grau III	2	1,6		
Média		dp*	Mínimo	Máximo
Feminino (N=88)				
Estatura referida (m)	1,51	0,05	1,31	1,65
Peso referido (kg)	61	14	25	98
IMC (Kg/m²)	26,68	5,76	11,57	42,42
Masculino (N=40)				
Estatura referida (m)	1,60	0,07	1,45	1,76
Peso referido (kg)	70	14	48	102
IMC (Kg/m²)	27,45	5,55	17,92	39,84

* dp=Desvio padrão

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos indígenas da etnia Mura, conforme as características da realização de consultas na unidade de saúde através da sua frequência, além dos dados sobre a internação hospitalar por complicações da DCNT

⁸ Utilizou-se a Classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC), que foi calculada com a medida da massa corporal (kg) dividida pela estatura (m) elevada ao quadrado (MC/Est.²), sendo classificada em baixo peso ($\leq 18,5 \text{ Kg/m}^2$), eutrófico ($\geq 18,5$ e $\leq 24,99 \text{ Kg/m}^2$), sobrepeso (≥ 25 e $\leq 29,99 \text{ Kg/m}^2$), obesidade grau I (≥ 30 a $\leq 34,99 \text{ Kg/m}^2$), obesidade grau II (≥ 35 a $\leq 39,99 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade Grau III ($\geq 40 \text{ Kg/m}^2$). O Índice é aceito universalmente para Classificação de Obesidade (WHO, 2000).

nos últimos 12 meses e o número de internações hospitalares. A partir de sua análise, observou-se que total de 198, 125 (63,1%) participantes do estudo realizam consulta periódica na unidade de saúde, especificamente no Polo-base do Pantaleão. Alguns indivíduos afirmaram se consultar uma vez por mês e outros relataram uma vez a cada dois meses, correspondendo a 58,6%.

Tabela 9 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, conforme a frequência na consulta ao Polo base Pantaleão e o número de internações hospitalar nos últimos 12 meses. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Atendimento ambulatorial/hospitalar	N	%
Frequência na consulta*		
1 a 2	116	58,6
3 a 4	6	3,0
≥ 5	3	1,5
Não se aplica	73	36,9
Frequência no nº de internações		
1 a 2	57	28,8
3 a 4	10	5,1
≥ 5	5	2,5
Não se aplica	126	63,6
Total	198	100,0

* Frequência por mês

Outro fato que chama atenção é que 73 (36,9%) dos índios não realizam consultas com regularidade na unidade de saúde de referência do município de Autazes, tendo como motivos: não gostar de ir à unidade de saúde (N=42, 57,5%), recebe visita dos AISs (N=15, 20,5%), distância da unidade (N=6, 8,2%), dificuldade de locomoção e a falta de disponibilidade de tempo, sendo cada um com cinco (6,8%) respectivamente. A média geral na realização de consulta na unidade de saúde foi de 1 (dp=1,50) vez por mês.

Quanto à internação hospitalar nos últimos doze meses, 72 (36,4%) dos indígenas relataram ter buscado atendimento hospitalar por complicação da DCNT. Dos 198, 57(28,8%) referiram internação entre uma a duas vezes e seguida por 10(5,1%) entre três a quatro vezes. Dentre os motivos citados pelos índios em buscar o atendimento ao nível hospitalar, destacam-se: alteração da HAS (N=56, 77,8%) e da DM (N=8, 11,0%), complicação por Acidente Vascular Encefálico (N=5, 6,9%), crise de epilepsia (N=2, 2,7%) e hemofilia (N=1, 1,4%). A média geral de internação hospitalar foi de 1 (dp=0,48) vez nos últimos 12 meses. Nota-se que os entrevistados que informaram que não estiveram internados no hospital nos últimos 12 meses representaram 63,6%.

5.5 CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

A distribuição dos indígenas segundo o número de refeições por dia e frequência do consumo de frutas, verduras e legumes está descrita na Tabela 10. Em relação ao número de refeições realizado por dia, percebeu-se uma maior concentração para o intervalo de três a quatro (77,3%) refeições por dia. Desses, 104 (68,0%) eram realizadas por mulheres e 49 (32,0%) por homens. Parece importante destacar o fato de 6,1% dos indígenas fazerem apenas de uma a duas refeições diárias. Nesse caso, destaca-se o fato da renda familiar corresponder a um valor entre menos de um salário mínimo e um salário mínimo para dez participantes do estudo.

Tabela 10 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o número de refeições por dia e frequência do consumo de frutas, verduras e legumes como hábito alimentar. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Hábito alimentar	N	%
Nº de refeições[‡]		
1 a 2	12	6,1
3 a 4	153	77,3
≥ 5	33	16,7
Consumo de frutas[†]		
1 a 2	74	37,4
3 a 4	79	39,9
5 a 6	12	6,1
Todos os dias	18	9,1
Não se aplica	15	7,5
Consumo de verduras[†]		
1 a 2	4	2,0
3 a 4	5	2,5
5 a 6	-	-
Todos os dias	157	79,3
Não se aplica	32	16,2
Consumo de legumes[†]		
1 a 2	1	0,5
3 a 4	3	1,5
Todos os dias	190	96,0
Não se aplica	4	2,0
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde a zero

[†] Frequência de consumo por dia

[‡] Frequência de consumo por semana

Quanto ao consumo de frutas, 79 (39,9%) índios referiram consumir numa frequência de três a quatro vezes por semana, seguidos por uma a duas vezes por semana (37,4%). Dentre as frutas mais consumidas mencionadas pelos indígenas estão o tomate (N=183, 100,0%), a banana (N=148, 80,9%), a manga (N=54, 29,5%), a maçã (N=50, 27,3%) e a laranja (N=49, 26,8%). Houve um predomínio de idoso

indígena (N=94, 51,4%) no consumo de frutas, com maior predominância para o sexo feminino.

Em relação ao consumo de verdura, percebe-se que a maior parte dos indígenas tem uma frequência de consumir verdura diariamente (79,3%) junto com as refeições principais (almoço e jantar). Destaca-se ainda que, dentre esses, a maioria que preserva o hábito de consumir verduras era composta por mulheres indígenas idosas (N=88, 56,1%). As verduras consumidas pelos indígenas relatadas foram: cheiro verde (N=155, 93,4%), alface (N=67, 40,4%), couve (N=65, 39,2%), salsa (N=54, 32,5%) e repolho (N=11, 6,6%).

Referente ao consumo de legumes, 190 (96,0%) dos participantes consomem todos os dias, sendo esse alimento um complemento das principais refeições. Desses, a predominância de quem faz a ingestão de legumes no dia a dia foi das mulheres (N=128, 67,4%), principalmente das de idade igual ou superior a 60 anos (N=68, 35,8%). As leguminosas consumidas diariamente citadas pelos índios foram: cebola (N=191, 98,5%), batata (N=115, 59,3%), cenoura (N=108, 55,7%), beterraba (N=56, 28,9%), pimentão vermelho (N=40, 20,6%), mandioca (N=10, 5,2%) e jerimum (N=3, 1,5%).

Tabela 11- Distribuição dos indígenas com DCNT segundo a frequência do consumo de carne, frango industrializado, galinha de quintal, peixe e carne silvestre como hábito alimentar. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

(continua)

Hábito alimentar	N	%
Consumo de carne[†]		
1 a 2	89	44,9
3 a 4	32	16,2
5 a 6	4	2,0
Todos os dias	10	5,1
Não se aplica	63	31,8
Consumo de frango[†]		
1 a 2	51	25,8
3 a 4	59	29,8
5 a 6	8	4,0
Todos os dias	57	28,8
Não se aplica	23	11,6
Consumo de galinha de quintal[†]		
1 a 2	8	4,1
3 a 4	2	1,0
5 a 6	-	-
Todos os dias	-	-
Não se aplica	188	94,9
Consumo de peixe[†]		
1 a 2	32	16,2
3 a 4	39	19,7

(continuação)

Hábito alimentar	N	%
5 a 6	11	5,6
Todos os dias	108	54,5
Não se aplica	8	4,0
Consumo de carne silvestre[†]		
1 a 2	63	31,9
3 a 4	6	3,0
5 a 6	-	-
Todos os dias	3	1,5
Não se aplica	126	63,6
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde a zero.

[†]Frequência de consumo por semana

(conclusão)

A Tabela 11 ilustra a distribuição dos indígenas com DCNT, segundo a frequência do consumo de carne, frango industrializado, galinha de quintal⁹, peixe e carne silvestre.

Sobre a frequência do consumo de carne por semana, 89 (44,9%) índios consomem entre uma a duas vezes, seguidos por 32 (16,2%) dos indígenas consumindo de três a quatro vezes na semana. Vale ressaltar que dos 135 (68,1%) que relataram sobre o consumo de carne, além da carne bovina apenas cinco mencionaram consumir carne suína.

Quanto ao consumo de frango, observou-se que 59 (29,8%) indígenas consomem entre três a quatro vezes na semana e 57 (28,8%) consomem diariamente. Por outro lado, o consumo de galinha de quintal representou 4,1% dos entrevistados que consumiam como refeições em uma frequência de um a duas vezes por semanas.

Ao indagar se “utiliza a pele do frango ou da galinha para comer”, 182 (92,0%) indígenas referiram que não consomem a pele de frango ou galinha, enquanto que 16 (8,0%) relataram que consomem frita a pele de frango ou de galinha nas suas refeições.

Quanto ao consumo de peixe, observou-se que grande parte dos participantes consome nas suas refeições peixes todos os dias com 108 (54,5%), seguidos de 39 (19,7%) índios que referiram consumir em uma frequência de três a quatro vezes por semana. Os peixes consumidos pelos indígenas foram: pacu (N=122, 64,2%), jaraqui (N=80, 42,1%), lebreia (N=80, 42,1%), branquinha (N=78, 41,1%), aruanã (N=60, 31,6%), curimatã (N=63, 33,2%), tucunaré (N=47, 24,7%), acará-açu (N=46, 24,2%), pirarucu (N=37, 19,5%), sardinha (N=19, 10,0%), cuiú cuiú (N=12, 6,3%), trairá (N=4, 2,1%) e matrinxã (N=1, 0,5%).

⁹ Galinhas de quintal são aves criadas na área do domicílio ou vendidas por ambulantes próximos às residências dos índios.

Em relação ao consumo de carne silvestre, nota-se que 63 (31,9%) dos índios consomem carne silvestre no intervalo de uma a duas vezes na semana. Apenas três (1,5%) dos participantes consumiam carne silvestre nas refeições diárias. A maioria que consumia carne silvestre era idosos (N=41, 56,9%) indígenas do sexo feminino (N=24, 58,5%), com a escolaridade de ensino fundamental incompleto e a renda pessoal de um salário mínimo por mês. Os alimentos silvestres consumidos eram: paca (N=62, 86,1%), tatu (N=57,79,2%), porco do mato (N=29,40,3%), veado (N=20, 27,8%), anta (N=11, 15,3%), cutia (N=8, 11,1%), macaco (N=6, 8,3%) e capivara (N=2, 2,8%).

Outro dado a ser destacado está relacionado ao consumo de sal na refeição já servida, sendo que 164 (82,8%) indígenas não consomem sal nas suas refeições já servidas, enquanto que 34 (17,2%) utilizam o sal.

Os dados sobre a frequência do consumo de refrigerante, suco industrializado, doces, comida enlatada ou preparada e frituras são apresentados com os hábitos alimentares não saudáveis na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a frequência do consumo de refrigerante, suco industrializado, doce, comida enlatada e preparada e frituras como hábito alimentar não saudável. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

(continua)

Hábito alimentar não saudável	N	%
Consumo de refrigerante[†]		
1 a 2	65	32,8
3 a 4	38	19,2
5 a 6	6	3,0
Todos os dias	7	3,5
Não se aplica	82	41,4
Consumo de suco industrializado[†]		
1 a 2	10	5,1
3 a 4	10	5,1
5 a 6	1	0,5
Todos os dias	36	18,2
Não se aplica	141	71,2
Consumo de doce[†]		
1 a 2	47	23,7
3 a 4	39	19,7
5 a 6	1	0,5
Todos os dias	1	0,5
Não se aplica	110	55,6
Consumo de comida enlatada ou preparada[†]		
1 a 2	60	30,3
3 a 4	17	8,6
5 a 6	-	-
Todos os dias	-	-

(continuação)

Hábito alimentar não saudável	N	%
Não se aplica	121	61,1
Consumo habitual de frituras[†]		
1 a 2	30	15,1
3 a 4	83	41,9
5 a 6	19	9,6
Todos os dias	14	7,1
Não se aplica	52	26,3
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde a zero.

[†] Frequência de consumo por semana

(conclusão)

No que se refere ao consumo de refrigerante, 65 (32,8%) indígenas consomem refrigerantes em uma frequência de uma a duas vezes na semana, seguidos por 38 (19,2%) indígenas com o intervalo de três a quatro vezes. Destaca-se que os maiores dos consumidores de refrigerantes eram mulheres indígenas (N=61, 52,6%) com uma renda pessoal de um salário mínimo (N=29, 47,5%) por mês, tendo uma regularidade no consumo de uma a duas vezes por semana. Com relação ao tipo de refrigerante consumido, 116 (58,6%) participantes referiram o normal em vez de bebidas como light, diet e zero. Notou-se também, quanto aos indivíduos que não consumiam refrigerantes, que foi representado por 82 (41,4%).

Conforme os dados apresentados na Tabela 12, 36 (18,2%) indígenas informaram consumir suco industrializado diariamente, seguido por aqueles que consomem entre uma a duas vezes por semana (5,1%) e três a quatro vezes por semana (5,1%). Vale destacar que cerca de 141 (71,2%) dos participantes não consomem o suco industrializado. De acordo com o tipo de suco industrializado consumido pelos indígenas, destaca-se o suco industrializado em pó (N=47, 82,5%) seguido por uma menor frequência do suco de frutas de caixa (N=9, 15,8%).

Para o consumo de doces, 47 (23,7%) indígenas relataram que consumiam doces em uma frequência de uma a duas vezes por semana, seguidos por 39 (19,7%) índios com intervalo entre três a quatro vezes. Os alimentos doces consumidos no domicílio referidos pelos 88 (44,4%) participantes do estudo foram: bolo recheado de chocolate (N=65, 73,9%), pudim (N=41, 46,6%), goiabada em lata (N=27, 30,7%), bolacha recheada (N=26,29,5%), doce de leite em lata (N=21,23,9%) e bombom de chocolate (N=3,3,4%). Porém, observou-se que 110(55,6%) indivíduos entrevistados relataram que não consumiam doce.

Em relação ao consumo de comidas enlatadas ou preparadas, constatou-se que 60 (30,3%) indígenas consomem em uma frequência de uma a duas vezes na

semana. Dos 77 (38,9%) que utilizam os alimentos enlatados ou preparados foram: conserva (N=64,83,1%), salsicha (N=10,13,0%), sardinha (N=7,9,1%) e feijoadada (N=1,1,3%). Porém, vale ressaltar que cerca de 121 (61,1%) não consumiam alimentos enlatados ou preparados. Os indivíduos que consumiam este tipo de alimento eram representados, em sua maioria, por indígenas adultos (N=39,50,6%) do sexo feminino (N=38,49,4%).

A frequência de consumo habitual de frituras, apresentada na tabela 12, revela que as maiores frequências foram de três a quatro vezes na semana (41,9%), seguida por uma a duas vezes na semana (15,1%). Quanto ao alimento que usam para fritura no domicílio foram citados: peixe (N=137, 93,8%), frango (N=83, 56,8%), ovos (N=51, 34,9%), carne (N=38, 26,0%), calabresa (N=11, 7,5%), salsicha (N=7, 4,8%), pele do frango (N=1, 0,7%), sendo que para todos os mencionados, utilizam óleo de cozinha. Vale ressaltar que cerca de 26,3% dos entrevistados afirmaram não consumir frituras.

Tabela 13 - Descrição das características relatadas sobre restrição alimentar seguida pelos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Restrição alimentar	N	%
Restrição do uso do sal na refeição	76	38,4
Restrição no consumo de alimentos com gorduras	69	34,8
Evitar o consumo de refrigerante	39	19,7
Restrição no consumo de alimentos doces	27	13,6
Restrição de alimentos ácidos	1	0,5
Não segue nenhuma restrição alimentar	80	40,4

Nota: Verificamos mais de uma resposta dos participantes sobre a restrição alimentar.

A Tabela 13 expõe a descrição das características relatadas sobre a restrição alimentar seguida pelos indígenas da etnia Mura com DCNT. Verificou-se que 76 (38,4%) participantes informaram que seguem restrição no consumo de sal no preparo e durante as refeições com o intuito de evitar complicação da DCNT, seguidos de 69 (34,8%) indígenas que restringem o consumo de alimentos gordurosos. Note que a maioria, 80 (40,4%) índios afirmaram não seguir nenhuma restrição alimentar.

A Tabela 14 apresenta os resultados sobre o hábito de vida relacionado ao tabagismo e ao etilismo. Observou-se que 171 (86,4%) indígenas informaram que são não tabagistas atualmente, sendo que desse total, 90 (45,5%) são ex-tabagistas.

Tabela 14 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o hábito de vida relacionado ao tabagismo e ao etilismo. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Hábito de vida	N	%
Tabagismo		
Não tabagismo	171	86,4
Tabagismo	27	13,6
Ex-tabagismo	90	45,5
Tempo de tabagismo[‡]		
≤ 10	1	0,5
11 a 20	3	1,5
21 a 30	3	1,5
≥ 31	20	10,1
Não se aplica	171	86,4
Frequência de consumo de cigarro[†]		
Até 6	23	11,6
de 7 a 13	3	1,5
de 14 a 20	1	0,5
Não se aplica	171	86,4
Idade que iniciou o tabagismo[‡]		
≤10	3	1,5
11 a 20	20	10,1
21 a 30	3	1,5
≥ 31	1	0,5
Não se aplica	171	86,4
Etilismo		
Não etilistas	183	92,4
Etilistas	15	7,6
Ex-etilistas	70	35,4
Frequência de consumo de bebida alcoólica[†]		
1 a 2	11	5,6
3 a 4	3	1,5
≥ 5	1	0,5
Não se aplica	183	92,4
Idade que iniciou a ingerir bebida alcoólica[‡]		
≤10	-	-
11 a 20	12	6,1
21 a 30	2	1,0
≥31	1	0,5
Não se aplica	183	92,4
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde a zero.

[‡]Frequência por anos [†]Frequência por dia [†]Frequência por semana

Do total de 198 indígenas, 27 (13,6%) relataram ter o hábito de tabagismo, 23 (11,6%) consomem até seis cigarros por dia, com média de 5 (dp=3,53). O tempo de tabagismo variou de oito a 68 anos, sendo que 20 (10,1%) dos indígenas fumam há mais de 31 anos ou mais. O tempo médio de tabagismo desse grupo é 40 (dp=15,1) anos. Quanto à idade que iniciou o uso do cigarro, 20 (10,1%) dos participantes referiram ter iniciado entre 11 e 20 anos, com média de 17(dp=4,93) anos. O tipo de cigarro consumido com maior frequência pelos tabagistas foram o tabaco (N=21,77,8%), seguido do cigarro industrializado (N=6,22,2%). Um dado importante

entre os entrevistados é que dos 90 (45,5%) dos indígenas que deixaram de fumar, 55 (61,1%) eram mulheres, que afirmaram o tempo de tabagismo entre um a 19 anos.

Quando perguntados se “têm dificuldade de parar de fumar” para os 27 (13,6%) dos participantes que tem o hábito de tabagismo no estudo, 17 (63%) relataram que têm dificuldade de parar de fumar. Desses, 12 (44,4%) são mulheres indígenas que mencionaram que não conseguem largar o cigarro e ainda referem que já tentaram várias vezes. Dos 198 entrevistados, apenas um índio informou que faz uso de droga ilícita e justifica que não consegue parar devido a sentir extrema necessidade de fumar.

Quanto ao etilismo, 183 (92,4%) dos entrevistados referiram que não fazem uso de bebida alcoólica atualmente, sendo que 113 (57,1%) nunca consumiram bebida alcoólica, enquanto que 70 (35,4%) deixaram de beber. Observou-se que 15 (7,6%) indígenas mencionaram que ingerem bebida alcoólica, 11 (5,6%) deles com uma regularidade de uma a duas vezes na semana. Os indígenas, na sua maioria, começaram a consumir bebida alcoólica entre as idades de 11 a 20 anos (6,1%), em média esse grupo apresentou idade igual a 18 (dp=2,98) anos inicial. Os tipos de bebida consumidos pelos participantes do estudo foram a cerveja (N=11,73,3%), apresentando maior frequência, seguida pela cachaça (N=4,26,7%).

Para o etilismo do estudo, foi questionado se “tem dificuldade de parar de ingerir bebida alcoólica”, 13 (48,1%) dos 27 etilistas informaram que não têm dificuldade de parar enquanto apenas dois (7,4%) mencionaram que não conseguem parar de beber e os motivos informados são os problemas vivenciados no domicílio, o que os faz procurar a bebida, principalmente quando têm raiva, desentendimento familiar e estresse.

No que se refere à distribuição sobre o hábito de vida relacionado a prática de exercício físico¹⁰ e esporte¹¹ dos indígenas da etnia Mura com DCNT (Tabela 15), verificou-se que 29 (14,6%) realizam exercício físico, sendo numa frequência relatada pela maioria de cinco a seis vezes por semana (5,1%) e o tempo em que praticam o exercício físico correspondendo entre um a dois anos (6,6%). Dentre os exercícios mencionados, estavam a atividade de caminhada (N=26,89,7%), seguida por andar

¹⁰ “Atividades planejadas, estruturada e repetida que tem objetivo melhoria e a manutenção de um ou mais componente de aptidão física” (BRASIL, 2014, pg. 78).

¹¹ Refere-se a modalidade de atividade em grupo que envolve competição.

de bicicleta (N=3, 10,3%). Nesse grupo, observou ainda que 85,4% não praticam exercício físico.

Tabela 15 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o hábito de vida relacionado à prática de exercício físico e esporte. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Hábito de vida	N	%
Exercício físico		
Não Praticante	169	85,4
Praticante	29	14,6
Tempo de exercício físico[‡]		
< 1	7	3,5
1 a 2	13	6,6
3 a 4	2	1,0
> 5	7	3,5
Não se aplica	169	85,4
Frequência de exercício físico[†]		
1 a 2	7	3,5
3 a 4	5	2,5
5 a 6	10	5,1
Todos os dias	7	3,5
Não se aplica	169	85,4
Esporte		
Não Praticante	193	97,5
Praticante	5	2,5
Tempo de prática de esporte[‡]		
< 1	-	-
1 a 2	2	1,0
3 a 4	-	-
> 5	3	1,5
Não se aplica	193	97,5
Frequência de prática de esporte[†]		
1 a 2	2	1,0
3 a 4	-	-
5 a 6	-	-
Todos os dias	3	1,5
Não se aplica	193	97,5
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde a zero.

[†]Frequência por ano [‡]Frequência por semana

Quanto ao esporte, observou-se que do total de 198, apenas 5 (2,5%) afirmaram que praticam esporte. Desses, três (1,5%) mencionaram que realizam a atividade todos os dias. O tempo em que a maioria dos entrevistados realiza a atividade esportiva era de mais de cinco anos (1,5%), com variação de dois a 30 anos e a média de 12 (dp=12,28) anos. As atividades de esporte relatadas pelos participantes deste estudo são: futebol (N=4,80%) e corrida (N=1,20%). Vale mencionar que a grande parte dos entrevistados não praticam esporte (97,5%)

A Tabela 16 expõe os dados sobre tratamento terapêutico dos indígenas. Observou-se que 161 (81,3%) dos participantes informaram que fazem uso de medicamento para sua DCNT. O início da terapia medicamentosa pelos índios deste estudo correspondeu, na sua grande parte, ao período entre igual ou acima de cinco anos (36,9%), seguido por um a dois anos (25,8%). A média do início do tratamento farmacológico foi de 5 (dp=5,01) anos atrás, variando de dois meses a 27 anos.

Tabela 16 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo o tratamento terapêutico. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Tratamento terapêutico	N	%
Medicamento:		
Aderente	161	81,3
Não aderente	37	18,7
Início da terapia[‡]		
< 1	19	9,6
1 a 2	51	25,8
3 a 4	15	7,6
≥ 5	73	36,9
Não se aplica	40	20,2
Quantidade de medicamento[†]		
1	104	52,5
2	36	18,2
≥ 3	21	10,6
Não se aplica	37	18,7
Classes de medicamento		
Fármacos que atuam no sistema circulatório	115	58,1
Fármacos que atuam no sistema nervoso central	59	29,8
Fármacos que atuam no sistema digestivo e metabólico	42	21,2
Fármacos que atuam no sistema geniturinário	12	6,1
Fármacos antialérgicos	6	3,0
Outros ^{***}	3	1,5
Não se aplica	37	18,7

Nota: Verificamos mais de uma resposta dos participantes sobre a classe de medicamento.

[‡]Frequência por ano [†]Frequência por dia.

^{***}Anti-infecciosos, antivirais e antimicrobianos.

Quanto à quantidade de medicamento utilizado, a maioria dos entrevistados informou fazer uso de um fármaco por dia (52,5%) para o tratamento da DCNT. Vale mencionar que o total de medicamento utilizado neste estudo pelos índios foi de 243 fármacos. A média para quantidade de fármaco utilizado no dia foi de 1 (dp=0,80), variando de um a quatro.

No que diz respeito à classe de medicamentos, aponta-se que 115 (58,1%) participantes fazem uso de fármacos que atuam no sistema circulatório, seguidos por

59 (29,8%) indígenas que realizam tratamento por medicamentos que atuam no sistema nervoso central.

A descrição das características dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198) quanto às práticas de autocuidado está exposta na Tabela 17.

Tabela 17 - Características dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo as práticas de autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Prática de autocuidado	N	%
Alimentação		
Restringir alimentos com gordura	75	37,9
Restringir o sal na refeição	66	33,3
Restringir alimentos doces	21	10,6
Medicação		
Tomar remédio caseiro	52	26,3
Tomar medicamento no horário	23	11,6
Comportamento		
Evitar a ansiedade e as preocupações	35	17,7
Conforto		
Realizar massagem para aliviar a dor	8	4,0
Dormir bem durante a noite	1	0,5
Prevenção		
Evitar o sol	2	1,0
Evitar peso	2	1,0
Realizar cuidados com os pés	1	0,5
Exercício		
Evitar atividade de esforço físico	2	1,0
Realizar caminhada	2	1,0
Não segue nenhum cuidado	31	15,7

Nota: As respostas dos participantes do estudo para as práticas de autocuidado obtiveram mais de uma resposta.

Na Tabela 17, observou-se que as práticas de autocuidado relacionadas à alimentação foram as de maior frequência representadas pelas atividades de restrição de alimentos com gorduras (37,9%), o sal nas refeições (33,3%) e os doces (10,6). O autocuidado medicação que aparece em segundo é a categoria tomar remédio caseiro¹² (26,3%) para o tratamento da sua DCNT, principalmente o uso de chá e ervas. Em seguida, aparece a categoria tomar a medicação no horário prescrito pelo profissional de saúde (11,6%).

Além da prática de autocuidado com alimentação e medicação, 17,7% dos entrevistados relataram cuidados relacionados ao comportamento como evitar a ansiedade e as preocupações do cotidiano, a fim de prevenir complicações da sua DCNT. A categoria prevenção na prática de autocuidado pelos indígenas está relacionado às atividades mencionadas como evitar o sol (1,0%), evitar o peso (1,0%)

¹² Esta categoria inclui as ervas, plantas medicinais, chás e garrafadas utilizadas pelos participantes do estudo para o tratamento da sua enfermidade crônica.

e aos cuidados com os pés (0,5%). A prática de autocuidado relacionado ao exercício aparece nas respostas dos indígenas como as atividades de evitar esforço físico (1,0%) e realizar caminhada (1,0%); a primeira com intuito de evitar alterações e a segunda de controlar a DCNT.

Ainda na Tabela 17 referente à prática de autocuidado realizada pelos indígenas na categoria medicação, principalmente aos remédios caseiros que fazem uso para vários benefícios nas enfermidades crônicas. Dentre os remédios caseiros, o uso de plantas e ervas utilizados pelos índios como forma de tratamento da sua enfermidade crônica foram: água com alho, chá da casca da laranja, uso de garrafada¹³, chá de boldo, chá de erva cidreira, chá de jucá, amora, berinjela; chá de pau de tenente; chá de nani; chá de berinjela; chá de quebra-velho e amor crescido; chá de capim-santo e pau do mato; água com pepino e berinjela; banho de arruda; chá da folha da azeitona; chá da folha de sara tudo; chá da folha de insulina; chá de capim-santo; chá de cuia; chá da folha de abacate; chá de jambu; copaíba; chá da folha de tangerina; e chá de canela.

Em relação às dificuldades para prática de autocuidado referidas pelos informantes do estudo (Tabela 18), mostraram-se com maior predominância os aspectos financeiros como a dificuldade de comprar alimentos (23,2%) para o seu próprio consumo e da sua família, seguidos pela atividade de realizar tratamento de saúde (1,0%), como sessão de fisioterapia, ida a Manaus para continuidade do tratamento ou pagar uma consulta com Médico especialista.

¹³ Consiste na mistura de várias ervas específicas utilizadas pelos indígenas para o tratamento da sua enfermidade crônica.

Tabela 18 - Características dos indígenas da etnia Mura com DCNT para as dificuldades para a prática de autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Dificuldades no autocuidado	N	%
Aspectos financeiros		
Comprar alimentos	46	23,2
Realizar tratamento de saúde	2	1,0
Aspectos emocionais e comportamentais		
Obedecer à orientação alimentar	22	11,1
Não ter apoio da família	2	1,0
Controlar o estresse e as preocupações	2	1,0
Aspectos físicos		
Locomoção devido à doença	11	5,6
Não tem nenhuma dificuldade	113	57,1
Total	198	100,0

Quanto às dificuldades relacionadas aos aspectos emocionais e comportamentais (Tabela 18), essas são referentes a obedecer a orientação alimentar (11,1%) dos profissionais de saúde, controlar o estresse e as preocupações (1,0%) no cotidiano do domicílio e não ter apoio da família (1,0%) para qualquer ajuda. Outra dificuldade citada pelos indígenas está relacionada aos aspectos físicos, representada pelo impedimento da locomoção devido à doença (5,6%). Vale ressaltar que mais da metade, 57,1% relataram não ter nenhuma dificuldade para a realização do autocuidado.

A distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, conforme os relatos de orientação recebida sobre o autocuidado, é observada na Tabela 19. Dentre as orientações sobre autocuidado recebidas, as mais frequentes foram: Dieta/Alimentação (59,1%), Evitar o consumo de refrigerante (13,1%), Controlar o estresse e a preocupação (5,6%) e Controlar o peso (3,5%). Com relação às orientações prestadas sobre autocuidado, o profissional de maior frequência foi o médico (71,1%), seguido pelo enfermeiro (8,1%).

Tabela 19 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), conforme os relatos de orientação recebida sobre o autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Orientação recebida sobre autocuidado	N	%
Dieta/Alimentação	117	59,1
Parar de ingerir refrigerante	26	13,1
Controlar o estresse e preocupação	11	5,6
Controlar o peso	7	3,5
Medicação	4	2,0
Evitar o sol	4	2,0
Consultas	2	1,0
Evitar esforço físico	1	0,5
Parar de ingerir bebida alcoólica	1	0,5
Não teve orientação	45	22,7
Quem orientou		
Médico	142	71,7
Enfermeiro	16	8,1
Nutricionista	3	1,5

Nota: As respostas dos participantes do estudo para as orientações recebidas sobre autocuidado obtiveram mais de uma resposta.

5.6 CARACTERÍSTICA DO CUIDADO FAMILIAR DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

A Tabela 20 apresenta a distribuição dos indígenas quanto às dimensões do apoio social recebido no domicílio. O apoio social recebido foi categorizado em dimensões como instrumental, emocional, interação social, de informação e material.

Tabela 20 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo as dimensões de apoio social no domicílio. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Dimensão	N	%
Instrumental		
Cuida quando está doente	166	83,8
Para ajudar nas tarefas domésticas	130	65,7
Atividades fora do domicílio	56	28,3
Para ajudá-lo nos cuidados pessoais	47	23,7
Emocional		
Que demonstre amor	166	83,8
Para ouvir quando precisa	120	60,6
Em quem confia para falar de seus problemas	120	60,6
Interação social positiva		
Com quem se distrair e se divertir junto	133	67,2
Informação		
Para dar conselhos frente aos problemas diários	117	59,1
Informação e esclarecimento da DCNT	14	7,1
Material		
Ajuda em dinheiro	51	25,8
Ajuda em rancho ou alimento	10	5,1

Nota: As respostas dos participantes do estudo para tipo de apoio/ajuda recebida obtiveram mais de uma resposta.

Verificou-se que o recebimento de cuidados em situação de doença foi a forma de ajuda mais frequentemente relatada na dimensão instrumental (83,8%). Quanto à dimensão emocional, o item que apresentou maior frequência foi a ajuda recebida pelos membros familiares quanto a demonstração de amor (83,8%), bem como para ouvir quando precisa e a pessoa em quem confia para falar de seus problemas, cada categoria com 60,6%. Outro apoio recebido pelos membros familiares está relacionado à interação social positiva, principalmente com quem ele conta para se distrair e se divertir (67,2%), seja dentro ou fora do domicílio.

Em relação à dimensão informação representado com maior predominância foi a ajuda recebida dos familiares quanto aos conselhos frente aos problemas diários (59,1%). No que se refere a dimensão material, a que recebeu maior destaque foi a ajuda em dinheiro (25,8%) e rancho ou alimento (5,1%) oferecido pelos membros familiares.

Tabela 21 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo o provedor de ajuda e as dimensões de apoio social (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Provedor de ajuda	Dimensão									
	Instrumental		Emocional		Informação		Interação social positiva		Material	
Feminino	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Filha	94	47,5	61	30,8	42	21,2	26	13,1	6	3,0
Esposa	78	39,4	20	10,1	15	7,6	15	7,6	-	-
Companheira	25	12,6	13	6,6	8	4,0	9	4,5	-	-
Nora	18	9,1	4	2,0	4	2,0	2	1	-	-
Mãe	13	6,6	15	7,6	14	7,1	7	3,5	9	4,5
Irmã	8	4,0	13	6,6	11	5,6	6	3	1	0,5
Neta	8	4,0	7	3,5	1	0,5	8	4	-	-
Sogra	6	3,0	-	-	2	1,0	-	-	1	0,5
Outros*	3	1,5	2	1,0	2	1,0	-	-	-	-
Masculino										
Filho	44	22,2	52	26,3	10	5,1	41	20,7	29	14,6
Companheiro	18	9,1	14	7,1	8	4,0	7	3,5	-	-
Esposo	17	8,6	22	11,1	12	6,1	13	6,6	-	-
Neto	7	3,5	24	12,1	-	-	18	9,1	2	1,0
Sobrinho	5	2,5	3	1,5	1	0,5	1	0,5	-	-
Genro	4	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Pai	1	0,5	3	1,5	3	1,5	2	1	2	1,0
Outros†	-	-	3	1,5	2	1,0	4	2	1	0,5

Legenda: - corresponde a zero

Nota: As respostas dos participantes do estudo para dimensão do apoio social recebida obtiveram mais de uma resposta

* Sobrinha, prima e enteada

† Cunhado, primo, irmão e bisneto

Verificou-se que as filhas são as principais provedoras na dimensão instrumental, emocional e de informação, enquanto os filhos foram relatados como principais provedores para interação social e apoio material (Tabela 21).

Gráfico 2 - Distribuição em porcentagem dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198), segundo os cuidados desenvolvidos dentro e fora do domicílio pelos membros familiares. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

No gráfico 2, são apresentados os cuidados desenvolvidos pelos membros familiares para os indígenas dentro e fora do domicílio. Verificou-se que 42,4% dos índios referiram a preparação de refeição como cuidados executados na sua própria residência pelos familiares, seguido por 26,8% para as tarefas de lavar e passar roupas. Por outro lado, os indígenas relataram a respeito dos cuidados pessoais recebidos pelos parentes familiares como o auxílio na administração de medicamento (0,5%) e na locomoção (7,6%) obtiveram maior percentual nestas atividades. Vale ressaltar que a primeira atividade resulta em lembrar para tomar a medicação do horário ou administrar, enquanto que a segunda tarefa consistia ajudar na locomoção na residência.

Quanto à atividade fora do domicílio mais citada pelos indígenas, sobressaíram-se as relacionadas a pagar conta e receber proventos no banco (21,2%) e a fazer compras do mês no supermercado e feiras (15,2%).

5.7 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NAS AVDS E AIVDS PARA O AUTOCUIDADO DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

A distribuição do grau de dependência para AVDs para o autocuidado de acordo com os itens do Índice de Barthel está descrita na Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo os itens do Índice de Barthel para AVDs. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

AVDs	N	%
Alimentação:		
Independente	194	98,0
Necessita de alguma ajuda	4	2,0
Dependente	-	-
Higiene pessoal:		
Independente	196	99,0
Dependente	2	1,0
Uso do sanitário:		
Independente	192	97,0
Necessita de ajuda	6	3,0
Dependente	-	-
Banho:		
Independente	193	97,5
Dependente	5	2,5
Vestir:		
Independente	192	97,0
Necessita de alguma ajuda	6	3,0
Dependente	-	-
Controle fecal:		
Continente	195	98,5
Necessita de ajuda	2	1,0
Incontinente	1	0,5
Controle urinário:		
Continente	192	97,0
Necessita de ajuda	5	2,5
Incontinente	1	0,5
Deambular:		
Independente	158	79,8
Necessita de ajuda	36	18,2
Independente com cadeira de rodas	2	1,0
Dependente	2	1,0
Transferência da cadeira para cama:		
Independente	161	81,3
Necessita de ajuda mínima ou supervisão	29	14,6
Necessita de grande ajuda	6	3,0
Dependente	2	1,0
Subir e descer escada:		
Independente	153	77,3
Necessita de ajuda	37	18,7
Dependente	8	4,0
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde à zero.

Os índios apresentaram, com maior frequência, independência para as AVDs. As atividades para as quais observou-se maior relato de dependência foram subir e descer escada (22,7%), deambular (20,2%) e a transferência da cadeira para cama (18,6%).

Tabela 23 - Medida descritiva da pontuação dos itens do Índice de Barthel dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

AVDs	Média	dp*	Mínimo	Máximo
Alimentação	9,90	0,71	5	10
Higiene pessoal	4,97	0,36	0	5
Uso do banheiro	9,85	0,86	5	10
Banho	4,87	0,79	0	5
Vestir	9,82	0,93	5	10
Controle fecal	9,90	0,87	0	10
Controle urinário	9,82	1,05	0	10
Deambulação	13,84	2,55	0	15
Transferência da cama para cadeira	13,81	2,76	0	15
Subir e descer escada	8,66	2,64	0	10

*dp= Desvio padrão

A Tabela 23 apresenta as medidas descritivas da pontuação dos itens do Índice de Barthel. Observou-se que, em média, os participantes da pesquisa não têm dependência parcial (abaixo de cinco) e nem dependência total (igual a zero), considerando assim que, em média, grande parte dos indígenas são independentes em todos os itens.

Tabela 24 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, conforme o grau de dependência pela classificação do Índice de Barthel para o autocuidado. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Grau de dependência	N	%
Independente	160	80,8
Ligeiramente dependente	35	17,7
Moderadamente dependente	2	1,0
Severamente dependente	1	0,5
Totalmente dependente	-	-
Total	198	100,0

Legenda: - corresponde a zero.

A classificação do índice Barthel para o grau de dependência para o autocuidado dos indígenas da etnia Mura com DCNT é apresentada na Tabela 24. Verificou-se que dos 198 participantes do estudo, 160 (80,8%) eram independentes;

35 (17,7%) eram ligeiramente dependentes; dois (1,0%) moderadamente dependentes; um (0,5%) severamente dependente. Não houve nenhum participante categorizado como totalmente dependente.

A Tabela 25 apresenta a distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT para os itens da Escala de Lawton.

Tabela 25 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo os itens da Escala de Lawton para AIVDs. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

AIVDs	N	%
Consegue usar o telefone:		
Sem ajuda	138	69,7
Com ajuda parcial	26	13,1
Não consegue	34	17,2
Consegue ir a locais distantes:		
Sem ajuda	147	74,2
Com ajuda parcial	21	10,6
Não consegue	30	15,2
Consegue fazer compras:		
Sem ajuda	129	65,2
Com ajuda parcial	36	18,2
Não consegue	33	16,7
Consegue preparar suas próprias refeições:		
Sem ajuda	142	71,1
Com ajuda parcial	37	18,7
Não consegue	19	9,6
Consegue arrumar a casa:		
Sem ajuda	127	64,1
Com ajuda parcial	41	20,7
Não consegue	30	15,2
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos:		
Sem ajuda	122	61,6
Com ajuda parcial	47	23,7
Não consegue	29	14,6
Consegue lavar e passar sua roupa:		
Sem ajuda	127	64,1
Com ajuda parcial	34	17,2
Não consegue	37	18,7
Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos:		
Sem ajuda	151	76,3
Com ajuda parcial	25	12,6
Não consegue	22	11,1
Consegue cuidar de suas finanças:		
Sem ajuda	150	75,8
Com ajuda parcial	17	8,5
Não consegue	31	15,7
Total	198	100,0

Na Escala de Lawton, as atividades com maior frequência para independência (sem ajuda) foram os domínios conseguir tomar remédio no horário certo (76,3%) e cuidar de suas finanças (75,8%). As AIVDs com maior frequência de relato de

dependência (com ajuda parcial e não consegue) foram trabalhos manuais domésticos (38,3%), arrumar a casa (35,9%) e lavar e passar roupa (35,9%).

A análise descritiva dos itens da Escala de Lawton está demonstrada na Tabela 26. Os itens da pontuação da escala na sua maioria corresponderam, em média, ao valor aproximado de dois, considerando que necessita de ajuda para realizar as AIVDs na maioria dos domínios. Cabe registrar que para a média ser considerada dependente total deve ser igual a um; dependência parcial igual a dois e independência igual a três para cada itens de pontuação nas AIVDs na Escala de Lawton.

Tabela 26 - Medida descritiva da pontuação dos itens da Escala de Lawton dos indígenas da etnia Mura com DCNT (N=198). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

AIVDs	Média	dp*	Mínimo	Máximo
Usar o telefone	2,49	0,79	1	3
Ir a locais distantes	2,58	0,75	1	3
Fazer compras	2,46	0,78	1	3
Preparar as refeições	2,19	0,88	1	3
Conseguir lavar e passar	2,15	0,88	1	3
Conseguir arrumar a casa	2,11	0,90	1	3
Trabalhos manuais	2,44	0,75	1	3
Tomar remédios corretamente	2,64	0,68	1	3
Cuidar das finanças	2,58	0,76	1	3

* dp=Desvio padrão

Quanto à classificação da Escala de Lawton por meio do grau de dependência para AIVDs dos indígenas, são observadas na Tabela 27. Consta-se que dos 198 índios da etnia Mura com DCNT, 95 (48,0%) evidenciam independência; 96 (48,5%) dependência parcial e 7 (3,5%) dependência total.

Tabela 27 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a classificação da Escala de Lawton. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Grau de dependência	N	%
Independência	95	48,0
Dependência parcial	96	48,5
Dependência total	7	3,5
Total	198	100,0

A capacidade funcional dos indígenas da etnia Mura é avaliada através do Índice de Barthel e a Escala de Lawton, demonstrados na Tabela 28. Observou-se que 95 (48,0%) índios são independentes para AVDs e AIVDs; 65 (32,8%) indígenas

são dependentes apenas na Escala de Lawton, o que significa nas AIVDs enquanto que 38 (19,2%) dos participantes são dependentes em ambas as escalas.

Tabela 28 - Distribuição dos indígenas da etnia Mura com DCNT, segundo a capacidade funcional através do Índice de Barthel e a Escala de Lawton. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Capacidade funcional	N	%
Independências em ambas as escalas	95	48,0
Dependente apenas na Escala de Lawton	65	32,8
Dependência em ambas as escalas	38	19,2
Total	198	100,0

5.8 ASSOCIAÇÕES DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS DCNTS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura encontra-se na Tabela 29. Verificou-se que houve associação estatística dos índios da etnia Mura com Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (DENMs) para o sexo ($p=0,007$). As Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (DSOTCs) apresentou associação estatística para a idade em anos ($p=0,036$) e renda pessoal em salários mínimos ($p=0,027$).

Tabela 29 - Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

(continua)

Variáveis	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Idade (anos)[†]									
≤ 59	56	60,2	0,603	51	54,8	0,455	29	31,2	0,036
≥ 60	67	63,8		52	49,5		48	45,7	
Sexo									
Masculino	34	55,7	0,217	23	37,7	0,007	22	36,1	0,587
Feminino	89	65,0		80	58,4		55	40,1	
Escolaridade									
Analfabeto	26	61,9	0,823**	23	54,8	0,452**	14	33,3	0,115**
Até o EFC	83	62,9		67	50,8		58	43,9	
Até o EMC	13	61,9		10	47,6		4	19,0	
Até o ESC	1	33,3		3	100,0		1	33,3	
Convívio marital									
Não	42	58,3	0,406	35	48,6	0,468	28	38,9	1,000

Variáveis	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Sim	81	64,3		68	54,0		49	38,9	
Tem religião									
Com religião	119	62,6	0,713	98	51,6	0,723	73	38,4	0,714**
Sem religião	5	50,0		5	62,5		4	50,0	
Situação ocupacional									
Empregado	29	72,5	0,128	22	55,0	0,939	13	32,5	0,304
Desempregado	18	47,4		21	55,3		12	31,6	
Aposentado	63	66,3		48	50,5		40	42,1	
Autônomo	8	50,0		7	43,8		6	37,5	
Pensionista	5	55,6		5	55,6		6	66,7	
Renda pessoal (SM)									
0	31	58,5	0,831**	28	52,8	0,322**	13	24,5	0,027**
1 a 2	90	63,4		72	50,7		63	44,4	
≥ 3	2	66,7		3	100,0		1	33,3	
Renda Familiar (SM)									
< 1	17	60,7	0,905	13	46,4	0,752	10	35,7	0,696
1 a 2	95	62,9		79	52,3		58	38,4	
≥ 3	11	57,9		11	57,9		9	47,4	

Legenda: EFC-Ensino Fundamental Completo; EMC-Ensino Médio Completo; ESC-Ensino Superior Completo; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$). †(≤ 59 anos=93 e ≥ 60 anos=105)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

(conclusão)

Quanto à antecedência familiar e o conhecimento da doença dos indígenas da etnia Mura associados com as DSCs, DENMs e DSOTCs, são apresentados na Tabela 30. Observou-se que associação estatística para antecedência familiar e as DENM ($p=0,031$).

Em relação ao conhecimento da doença, observou-se que os índios da etnia Mura com as DSCs apresentaram associação estatística para a categoria sinais e sintomas ($p=0,014$) e a etiologia ($p=0,025$). Quanto às DENMs, percebe-se associação na categoria fisiologia ($p=0,003$) e a que não tinha conhecimento da DCNT ($p=0,007$).

Tabela 30 - Análise da associação entre antecedentes familiares, as categorias do conhecimento da doença e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Variáveis	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Antecedente familiar									
Não	60	58,3	0,243	46	44,7	0,031	46	44,7	0,250
Sim	63	66,3		57	60,0		57	60,0	
Conhecimento da doença									
Sinais e sintomas	e								
Não	110	59,8	0,014	96	52,2	0,875	71	38,6	0,752
Sim	13	92,9		7	50,0		6	42,9	
Fisiologia									
Não	116	62,7	0,563	91	49,2	0,003	72	38,9	0,974
Sim	7	53,8		12	92,3		5	38,5	
Complicação									
Não	114	61,6	0,770	94	50,8	0,199	73	39,5	0,576
Sim	9	69,2		9	69,2		4	30,8	
Etiologia									
Não	115	60,5	0,025	97	51,5	0,282	73	38,4	0,714
Sim	8	100,0		6	75,0		4	50,0	
Tratamento									
Não	121	61,7	0,527**	101	51,5	0,498**	76	38,8	1,000**
Sim	2	100,0		2	100,0		1	50,0	
Diagnóstico									
Não	123	62,4	0,379**	102	51,8	1,000**	77	39,1	1,000**
Sim	-	-		1	100,0		-	-	
Não tinha conhecimento									
Não	29	70,7	0,202	29	70,7	0,007	15	36,6	0,734
Sim	94	59,9		74	47,1		62	39,5	

Legenda: - corresponde à zero; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

A Tabela 31 apresenta a análise da associação entre a classificação do IMC e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Constatou-se que os dados analisados não identificaram nenhuma associação.

Tabela 31 - Análise da associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e as DCNT dos indígenas da etnia Mura (N=128). Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

IMC	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Baixo peso	1	16,7	0,097	3	50,0	0,065	2	33,3	0,591
Eutrófico	27	58,7		19	41,3		15	32,6	
Sobrepeso	27	64,3		28	66,7		19	45,2	
Obesidade	24	70,6		22	64,7		11	32,3	

Legenda: IMC- Índice de Massa Corpórea; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo

* Teste exato de Fisher

A análise de associação entre a autoavaliação de saúde e as DCNTs dos participantes do estudo são ilustrados na Tabela 32. Evidencia-se que não houve significância estatística para todos os dados avaliados.

Tabela 32 - Análise da associação entre a autoavaliação de saúde e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Autoavaliação de saúde	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Muito boa/Boa	32	52,5		32	52,5		20	32,8	
Regular	73	67,0	0,172	52	47,7	0,175	41	37,6	0,082
Ruim/Muito ruim	18	64,3		19	67,9		16	57,1	

Legenda: DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.

* Teste qui-quadrado de Pearson

Quanto ao atendimento ambulatorial e hospitalar através da análise de associação com as DSCs, DENMs e DSOTCs, é demonstrada a sua análise na Tabela 33.

Tabela 33 - Análise da associação entre o atendimento ambulatorial, hospitalar e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Atendimento ambulatorial/hospitalar	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Consulta na unidade referência									
Não	43	58,9		36	49,3		30	41,1	
Sim	80	64,0	0,474	67	53,6	0,560	47	37,6	0,626
Internação hospitalar nos últimos 12 meses									
Não	69	54,8		62	49,2		53	42,1	
Sim	54	75,0	0,005	41	56,9	0,294	24	33,3	0,225

Legenda: - corresponde a zero; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

* Teste qui-quadrado de Pearson

De acordo com os dados analisados para o atendimento ambulatorial, especialmente para a realização de consulta no Polo-base Pantaleão, que foi associado com as DCNTs, não apresentaram associação estatística.

Quanto o atendimento hospitalar associado às DCNTs, verificou-se que houve associação estatística para a internação hospitalar nos últimos 12 meses ($p=0,025$) aos indígenas com as DSCs. Quanto aos demais dados analisados, não se mostraram estatisticamente associados.

A tabela 34 apresenta análise da associação entre o número de refeições por dia, o consumo de frutas, verduras, legumes, carne, frango, galinha de quintal, peixes, carne silvestre e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Nota-se que os participantes do estudo com DSOTCs apresentaram associação estatística ao número de refeições realizadas por dia ($p=0,044$). Outro dado que mostrou associação estatística foi entre o consumo de frango e DENMs ($p=0,025$) dos indígenas da etnia Mura.

Tabela 34 - Análise da associação entre o hábito alimentar e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

(continua)

Hábito alimentar	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Nº de refeições									
1 a 2	9	81,8	0,224	5	45,5	0,512	3	27,3	0,004
3 a 4	96	62,3		78	50,6		55	35,7	
≥ 5	18	54,5		20	60,6		19	57,6	
Consumo de frutas									
Não	11	73,3	0,352	10	66,7	0,238	6	40,0	0,927
Sim	112	61,2		93	50,8		71	38,8	
Consumo de verduras									
Não	18	56,3	0,455	18	56,3	0,601	9	28,1	0,173
Sim	105	63,3		85	51,2		68	41,0	
Consumo de legumes									
Não	3	75,0	1,000**	2	50,0	1,000**	-	-	0,159**
Sim	120	61,9		101	52,1		77	39,7	
Consumo de Carne									
Não	36	57,1	0,324	32	50,8	0,813	24	38,1	0,876
Sim	87	64,4		71	52,6		53	39,3	
Consumo de frango									
Não	14	60,9	0,895	17	73,9	0,025	9	39,1	0,980
Sim	109	62,3		86	49,1		68	38,9	
Consumo de galinha de quintal									
Não	116	61,7	0,598	95	50,5	0,103	74	39,4	0,743**
Sim	7	70,0		8	80,0		3	30,0	
Consumo de peixes									
Não	5	62,5	1,000	3	37,5	0,484**	2	25,0	0,487**
Sim	118	62,1		100	52,6		75	39,5	

Hábito alimentar	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Consumo de carne silvestre									
Não	80	63,5		61	48,4		47	37,3	
Sim	43	59,7	0,599	42	58,3	0,179	30	41,7	0,544

Legenda: - corresponde a zero; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$).

* Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

(conclusão)

A Tabela 35 destaca a análise da associação entre o consumo de refrigerante, suco industrializado, doce, comida preparada ou enlatada, frituras, sal na refeição já servida e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Visualiza-se nenhuma associação estatística dos dados examinados.

Tabela 35 - Análise da associação entre o hábito de alimento não saudável e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Hábito alimentar não saudável	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Consumo de refrigerante									
Não	54	65,9		48	58,5		32	39,0	
Sim	69	59,5	0,363	55	47,4	0,123	45	38,8	0,974
Consumo de suco industrializado									
Não	86	61,0		74	52,4		52	36,9	
Sim	37	64,9	0,607	29	50,9	0,838	25	43,9	0,362
Consumo de doce									
Não	70	63,6		60	54,5		38	34,5	
Sim	53	60,2	0,623	43	48,9	0,426	39	44,3	0,161
Consumo de comida enlatada ou preparada									
Não	78	63,6		67	55,4		41	33,9	
Sim	45	60,2	0,395	36	46,8	0,237	36	46,8	0,070
Consumo habitual de frituras									
Não	33	63,5		33	63,5		17	32,7	
Sim	90	61,6	0,817	70	47,9	0,054	60	41,1	0,286
Consumo de sal na refeição já servida									
Não	104	63,4		84	51,2		63	38,4	
Sim	19	55,9	0,410	19	55,9	0,620	14	41,2	0,764

Legenda: - corresponde a zero; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.

* Teste qui-quadrado de Pearson

Com relação à análise de associação entre a restrição alimentar seguida e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura apresentada na Tabela 36, constatou-se que os índios com as DSCs tiveram associações estatísticas para resposta nas categorias: restrição do consumo de alimento gorduroso ($p < 0,001$), restrição no uso do sal na refeição já servida ($p < 0,001$) e que não segue nenhuma orientação alimentar ($p < 0,001$).

Ainda na Tabela 36, as DENMs tiveram associação estatística apenas para os índios que não seguem nenhuma restrição alimentar ($p = 0,005$).

Tabela 36 - Análise da associação entre a restrição alimentar seguida e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Restrição alimentar	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Restrição no consumo de alimento gorduroso									
Não	68	52,7	<0,001	64	49,6	0,354	51	39,5	0,799
Sim	55	79,7		39	56,5		26	37,7	
Restrição no uso do sal									
Não	55	45,1	<0,001	61	50,0	0,471	49	40,2	0,641
Sim	68	89,5		42	55,3		28	36,8	
Evitar o consumo de refrigerante									
Não	94	59,1	0,079	82	51,6	0,799	65	40,9	0,246
Sim	29	74,4		21	53,8		12	30,8	
Restrição no consumo de doce									
Não	105	61,4	0,600	87	50,9	0,418	65	38,0	0,524
Sim	18	66,7		16	59,3		12	44,4	
Restrição de alimentos ácidos na refeição									
Não	123	62,4	0,379**	103	52,3	0,480**	76	38,6	0,389**
Sim	-	-		-	-		1	100,0	
Não segue nenhuma restrição alimentar									
Não	86	72,9	<0,001	71	60,2	0,005	44	37,3	0,575
Sim	37	46,3		32	40,0		33	41,3	

Legenda: - corresponde a zero; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$).

* Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

A Tabela 37 analisou a associação entre o hábito de vida relacionado ao tabagismo, etilismo, exercício físico, esporte e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura, sendo identificado que não houve associação estatística dos dados analisados.

Tabela 37 - Análise da associação entre o hábito de vida relacionado ao tabagismo, etilismo, exercício físico, esporte e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Hábito de vida	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Tabagismo									
Não tabagismo	107	62,6	0,741	88	51,5	0,692	67	39,2	0,832
Tabagismo	16	59,3		15	55,6		10	37,0	
Etilismo									
Não etilistas	117	63,9	0,066	97	53,0	0,332	72	39,3	0,646
Etilistas	6	40,0		6	40,0		5	33,3	
Exercício físico									
Não Praticante	101	59,8	0,099	89	52,7	0,662	67	39,6	0,598
Praticante	22	75,9		14	48,3		10	34,5	
Prática de esporte									
Não Praticante	119	61,7	0,652**	101	52,3	0,672**	75	38,9	1,000**
Praticante	4	80,0		2	40,0		2	40,0	

Legenda: DSCs-Doenças do Sistema Circulatorio; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo

*Teste qui-quadrado ** Teste exato de Fisher

Quanto ao tratamento terapêutico e as DCNTs, análise de associação realizada é apresentada na tabela 38. Verificou-se que houve associação das DSCs para os participantes que tomam medicamento ($p=0,024$) e a quantidade de medicamento que faz uso por dia ($p=0,005$). Outros dados que mostraram associação estatística foram as DENMs ($p=0,001$) e as DSOTCs ($p=0,013$) para quantidade de medicamento utilizado por dia.

Tabela 38 - Análise da associação entre o tratamento terapêutico e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

(continua)

Tratamento terapêutico	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Medicamento									
Não Aderente	17	45,9	0,024	16	43,2	0,236	19	51,4	0,085
Aderente	106	65,8		87	54,0		58	36,0	

(continuação)

Tratamento terapêutico	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Quantidade de medicamento									
1	60	58,8		46	45,1		31	30,4	
2	28	77,8		24	66,7		12	33,3	
3	14	87,5	0,005**	13	81,3	0,001**	8	50,0	0,013**
4	4	80,0		5	100,0		4	80,0	
Não se aplica	17	43,6		15	38,5		22	56,4	

Legenda: DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

* Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

(conclusão)

Ao analisar associação entre as práticas de autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura da Tabela 39, observou-se que houve associação estatística para as DSCs com a resposta das práticas de autocuidado realizadas pelos indígenas como Dieta/Alimentação ($p=0,004$) e o Comportamento ($<0,001$).

Tabela 39 - Análise da associação entre a prática de autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Prática de autocuidado	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Dieta/Alimentação									
Não	58	53,2		54	49,5		45	41,3	
Sim	65	73,0	0,004	49	55,1	0,440	32	36,0	0,444
Medicação									
Não	83	64,8		64	50,0		48	37,5	
Sim	40	57,1	0,286	39	55,7	0,442	29	41,4	0,588
Exercício físico									
Não	119	61,3		100	51,5		76	39,2	
Sim	4	100,0	0,299**	3	75,0	0,622	1	25,0	0,494
Conforto									
Não	120	63,5		100	52,9		70	37,0	
Sim	3	33,3	0,073**	3	33,3	0,316**	7	77,8	0,029
Comportamento									
Não	92	56,4		83	50,9		63	38,7	
Sim	31	88,6	<0,001	20	57,1	0,504	14	40,0	0,882
Prevenção									
Não	119	62,6		101	53,2		72	37,9	
Sim	4	50,0	0,355	2	25,0	0,115	5	62,5	0,266**
Não segue nenhuma prática de autocuidado									
Não	105	62,9		94	56,3		64	38,3	
Sim	18	58,1	0,612	9	29,0	0,005	13	41,9	0,705

Legenda: DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

* Teste qui-quadrado ** Teste exato de Fisher

Observou, ainda, segundo os dados da Tabela 39, que as DENMs teve associação estatística para os índios que não realizam nenhuma ação de prática de autocuidado ($p=0,005$). As DSOTCs, por sua vez, mostraram associação estatística para a categoria de resposta de conforto ($p=0,029$) como ação realizada como prática de autocuidado dos índios.

A tabela 40 analisa a associação entre as dificuldades para realizar o autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Os dados evidenciaram que houve associação estatística entre as DENMs e as dificuldades no autocuidado relacionado aos aspectos emocionais e comportamentais ($p=0,005$).

Tabela 40 - Análise da associação entre as dificuldades para realizar o autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Dificuldades no autocuidado	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Aspectos financeiros									
Não	94	62,7	0,780	78	52,0	0,992	64	42,7	0,054
Sim	29	60,4		25	52,1		13	27,1	
Aspectos emocionais e comportamentais									
Não	107	61,5	0,624	84	48,3	0,005	66	37,9	0,457
Sim	16	66,7		19	79,2		11	45,8	
Aspectos físicos									
Não	116	62,0	1,000	98	52,4	0,761**	72	38,5	0,753**
Sim	7	63,6		5	45,5		5	45,5	
Não tem dificuldades									
Não	56	64,4	0,564	51	58,6	0,100	51	58,6	0,260
Sim	67	60,4		52	46,8		52	46,8	

Legenda: DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$).

*Teste qui-quadrado ** Teste exato de Fisher

No que se refere à Tabela 41 sobre a análise de associação entre as orientações recebidas de autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura, observou-se que as DSCs e as DENMs tiveram associação estatística com a Dieta/Alimentação, sendo que ambas apresentaram o mesmo resultado do valor p ($p < 0,001$).

Tabela 41 - Análise da associação entre as orientações recebidas de autocuidado e as DCNTs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Orientação recebida de autocuidado	DCNTs								
	DSCs			DENMs			DSOTCs		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Dieta/Alimentação									
Não	35	43,2	<0,001	29	35,8	<0,001	35	43,2	0,299
Sim	88	75,2		74	63,2		42	35,9	
Controlar o estresse e preocupação									
Não	114	61,0	0,212	97	51,9	0,863	73	39,0	1,000
Sim	9	81,8		6	54,5		4	36,4	
Controlar o peso									
Não	119	62,3	1,000**	100	52,4	0,712**	72	37,7	0,112**
Sim	4	57,1		3	42,9		5	71,4	
Evitar o sol									
Não	122	62,9	0,153**	102	52,6	0,352**	74	38,1	0,301**
Sim	1	25,0		1	25,0		3	75,0	
Evitar o esforço físico									
Não	123	62,4	0,379**	103	52,3	0,480**	76	38,6	0,389**
Sim	-	-		-	-		1	100,0	
Consultas									
Não	122	62,2	1,000**	103	52,6	0,229**	77	39,3	0,522**
Sim	1	50,0		-	-		-	-	
Medicação									
Não	121	62,4	0,635**	100	51,5	0,622**	75	38,7	0,643**
Sim	2	50,0		3	75,0		2	50,0	
Parar de ingerir refrigerante									
Não	103	59,9	0,095	94	54,7	0,057	68	39,5	0,632
Sim	20	76,9		9	34,6		9	34,6	

Legenda: - corresponde à zero; DSCs-Doenças do Sistema Circulatório; DENMs-Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; DSOTCs-Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

5.9 ASSOCIAÇÕES DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS AVDS E AIVDS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 42 destaca análise entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs. Verificou-se que apresentou associação estatística com idade em anos ($p=0,013$) e escolaridade ($p=<0,001$) com grau de dependência nas AVDs.

Tabela 42 - Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Variáveis	AVDs			AIVDs		
	INDEP	DEPED	p*	INDEP	DEPED	p*
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Idade (anos)						
≤ 59	82(88,2)	11(11,8)	0,013	59(63,4)	34(36,6)	<0,001
≥ 60	78(74,3)	27(25,7)		36(34,3)	69(65,7)	
Sexo						
Masculino	49(80,3)	12(19,7)	0,909	31(50,8)	30(49,2)	0,594
Feminino	111(81,0)	26(19,0)		64(46,7)	73(53,3)	
Escolaridade						
Analfabeto	23(54,8)	19(45,2)	<0,001**	10(23,8)	32(76,2)	<0,001**
Até o EFC	114 (86,4)	18(13,6)		65(49,2)	67(50,8)	
Até o EMC	20(95,2)	1 (4,8)		17(81,0)	4(19,0)	
Até o ESC	3 (100,0)	-		3(100,0)	-	
Convívio marital						
Não	56(77,8)	16(22,2)	0,413	31(43,1)	41(56,9)	0,294
Sim	104(82,5)	22(17,5)		64(50,8)	62(49,2)	
Tem religião						
Sem religião	6(75,0)	2(25,0)	0,670**	3(37,5)	5(62,5)	0,723**
Com religião	154 (81,1)	36(18,9)		92(48,4)	98(51,6)	
Situação ocupacional						
Empregado	36(90,0)	4(10,0)	0,114**	28(70,0)	12(30,0)	0,001**
Desempregado	33(86,8)	5(13,2)		22(57,9)	16(42,1)	
Aposentado	69(72,6)	26(27,4)		30(31,6)	65(68,4)	
Autônomo	14(87,5)	2(12,5)		10(62,5)	6(37,5)	
Pensionista	8(88,9)	1(11,1)		5(55,6)	4(44,4)	
Renda pessoal (SM)						
0	46(86,8)	7(13,2)	0,332**	35(66,0)	18(34,0)	0,001**
1 a 2	111(78,2)	31(21,8)		57(40,1)	85(59,9)	
≥ 3	3(100,0)	-		3(100,0)	-	
Renda familiar (SM)						
< 1	25(89,3)	3(10,7)	0,470**	19(67,9)	9(32,1)	0,035
1 a 2	120(79,5)	31(20,5)		65(43,0)	86(57,0)	
≥ 3	15(78,9)	4(21,1)		11(57,9)	8(4,2)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência; EFC-Ensino Fundamental Completo; EMC-Ensino Médio Completo; ESC-Ensino Superior Completo; - corresponde à zero; SM- Salário mínimo. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

Ainda na Tabela 42, observou-se que o nível de dependência nas AIVDs apresentou associação estatística com idade ($p=<0,001$), escolaridade ($p=<0,001$), a situação ocupacional ($p=0,001$), renda pessoal ($p=0,001$) e familiar ($p=0,035$).

Conforme a Tabela 43, que analisou a associação entre as DCNTs e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs parece não haver associações estatísticas dos dados examinados.

Tabela 43 - Análise da associação das DCNTs e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

(continua)

DCNT		AVDs		p*	AIVDs		p*
		INDEP N (%)	DEPED N (%)		INDEP N (%)	DEPED N (%)	
Doenças do sistema circulatório							
Não		65(86,7)	10(13,3)	0,102	34(45,3)	41(54,7)	0,561
Sim		95(77,2)	28(22,8)		61(49,6)	62(50,4)	
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicos							
Não		75(78,9)	20(21,1)	0,523	44(46,3)	51(53,7)	0,653
Sim		85(82,5)	18(17,5)		51(49,5)	52(50,5)	
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo							
Não		98(81,0)	23(19,0)	0,934	64(52,9)	57(47,1)	0,083
Sim		62(80,5)	15(19,5)		31(40,3)	46(59,7)	
Doenças do olho e anexos							
Não		142(81,6)	32(18,4)	0,580	87(50,0)	87(50,0)	0,126
Sim		18(75,0)	6(25,0)		8(33,3)	16(66,7)	
Doenças do sistema digestivo							
Não		145(79,7)	37(20,3)	0,317**	85(46,7)	97(53,3)	0,298**
Sim		15(93,8)	1(6,3)		10(62,5)	6(37,5)	
Transtornos mentais e comportamentais							
Não		153(80,5)	37(19,5)	1,000**	91(47,9)	99(52,1)	1,000**
Sim		7(87,5)	1(12,5)		4(50,0)	4(50,0)	
Doenças do sistema nervoso							
Não		155(80,7)	37(19,3)	1,000**	94(49,0)	98(51,0)	0,214**
Sim		5(83,3)	1(16,7)		1(16,7)	5(83,3)	
Doenças do sistema geniturinário							
Não		154(81,1)	36(18,9)	0,651**	90(47,4)	100(52,6)	0,484**
Sim		6(75,0)	2(25,0)		5(62,5)	3(37,5)	
Doenças do aparelho respiratório							
Não		155(80,3)	38(19,7)	0,585**	93(48,2)	100(51,8)	1,000**
Sim		5(100,0)	-		2(40,0)	3(60,0)	

(continuação)

DCNT	AVDs			AIVDs		
	INDEP	DEPED	p*	INDEP	DEPED	p*
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Neoplasias						
Não	158(80,6)	38(19,4)	1,000**	93(47,4)	103(52,6)	0,229**
Sim	2(100,0)	-		2(100,0)	-	
Doenças da pele e tecido subcutâneo						
Não	157(80,5)	38(19,5)	1,000**	94(48,2)	101(51,8)	1,000**
Sim	3(100,0)	-		1(33,3)	2(66,7)	
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários						
Não	159(80,7)	38(19,3)	1,000**	94(47,7)	103(52,3)	0,480**
Sim	1(100,0)	-		1(100,0)	-	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência; - corresponde a zero

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

(conclusão)

A Tabela 44 analisou a associação entre a autoavaliação de saúde e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs, sendo identificada associação estatística apenas com o grau de dependência nas AVDs ($p=0,008$).

Tabela 44 - Análise da associação entre a autoavaliação de saúde e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016

Autoavaliação de saúde	AVDs			AIVDs		
	INDEP	DEPED	p*	INDEP	DEPED	p**
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Muito boa/Boa	56(91,8)	5(8,2)	0,008	35(57,4)	26(42,6)	0,166
Regular	86(78,9)	23(21,1)		51(46,8)	58(53,2)	
Ruim/Muito ruim	18(64,3)	10(35,7)		9(32,1)	19(67,9)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

No que se refere à classificação através do IMC para a análise de associação entre o grau de dependência nas AVDs e AIVDs na Tabela 45. Observou-se que apenas AIVD associou com o IMC ($p=0,049$).

Tabela 45 - Análise da associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

IMC	AVDs		P*	AIVDs		p**
	INDEP	INDEP		INDEP	INDEP	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Baixo peso	4(66,7)	2(33,3)	0,166	1(16,7)	5(83,3)	0,049
Eutrófico	38(82,6)	8(17,4)		22(47,8)	24(52,2)	
Sobrepeso	37(88,1)	5(11,9)		22(52,4)	20(47,6)	
Obesidade	32(94,1)	2(5,9)		24(70,6)	10(29,4)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Ao analisar a associação entre o atendimento ambulatorial e hospitalar e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs na Tabela 46, observou-se que a variável consulta na unidade de referência apresenta associação estatística com grau de dependência nas AVDs ($p=0,009$). As demais variáveis analisadas, não apresentaram associação.

Tabela 46 - Análise da associação entre o atendimento ambulatorial, hospitalar e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016

Atendimento ambulatorial/ hospitalar	AVDs		p*	AVDs		p*
	INDEP	INDEP		INDEP	INDEP	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Consulta na unidade de referência						
Não	52(71,2)	21(28,8)	0,009	31(42,5)	42(57,5)	0,235
Sim	108(86,4)	17(13,6)		64(51,2)	61(48,8)	
Interação hospitalar nos últimos 12 meses						
Não	102(81,0)	24(19,0)	0,946	61(48,8)	65(51,6)	0,872
Sim	58(80,6)	14(19,4)		34(47,2)	38(52,8)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Quanto ao número de DCNT dos participantes do estudo e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs, são apresentados na Tabela 47. Verificou-se que a análise não apresentou associação estatística.

Tabela 47 - Análise da associação entre o número de DCNT e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência

DCNT	AVDs		p*	AIVDs		p*
	INDEP	DEPED		INDEP	DEPED	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
1	53(82,8)	11(17,2)	0,848	31(48,4)	33(51,6)	0,132
2	52(82,5)	11(17,5)		36(57,1)	27(42,9)	
≥ 3	55(77,5)	16(22,5)		28(39,4)	43(60,6)	

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Em relação ao hábito alimentar analisado com o nível de dependência nas AVDs e AIVDs expostas na Tabela 48, observou-se que o consumo de frutas teve associação estatística nas AVDs ($p < 0,001$) e AIVDs ($p = 0,024$).

Tabela 48 - Análise da associação entre o hábito alimentar e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Hábito alimentar	AVDs		p*	AIVDs		p*
	INDEP N (%)	DEPED N (%)		INDEP N (%)	DEPED N (%)	
Consumo de frutas						
Não	7(46,7)	8(53,3)	<0,001	3(20,0)	12(80,0)	0,024
Sim	153(83,6)	30(16,4)		92(50,3)	91(49,7)	
Consumo de verdura						
Não	23(71,9)	9(28,1)	0,161	14(43,8)	18(56,3)	0,601
Sim	137(82,5)	29(17,5)		81(48,8)	85(51,2)	
Consumo de legumes						
Não	2(50,0)	2(50,0)	0,167**	1(25,0)	3(75,0)	0,622**
Sim	158(81,4)	36(18,6)		94(48,5)	100(51,5)	
Consumo de carne						
Não	47(74,6)	16(25,4)	0,130	35(55,6)	28(44,4)	0,145
Sim	113(83,7)	22(16,3)		60(44,4)	75(55,6)	
Consumo de frango						
Não	19(82,6)	4(17,4)	1,000**	11(47,8)	12(52,2)	0,987
Sim	141(80,6)	34(19,4)		84(48,0)	91(52,0)	
Consumo de galinha de quintal						
Não	154(81,9)	34(18,1)	0,102**	91(48,4)	97(51,6)	0,604
Sim	6(60,0)	4(40,0)		4(40,0)	6(60,0)	
Consumo de peixe						
Não	5(62,5)	3(37,5)	0,182**	5(62,5)	3(37,5)	0,484**
Sim	155(81,6)	35(18,4)		90(47,4)	100(52,6)	
Consumo de carne silvestre						
Não	103(81,7)	23(18,3)	0,658	63(50,0)	63(50,0)	0,452
Sim	57(79,2)	15(20,8)		32(44,4)	40(55,6)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Na Tabela 49, as variáveis analisadas não apresentaram associação estatística entre hábitos alimentares não saudáveis com o nível de dependência nas AVDs e AIVDs.

Tabela 49 - Análise da associação entre o hábito alimentar não saudável e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Hábitos alimentares não saudáveis	AVDs		p*	AIVDs		p*
	INDEP	DEPED		INDEP	DEPED	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Consumo de refrigerante						
Não	64(78,0)	18(22,0)	0,407	39(47,6)	43(52,4)	0,921
Sim	96(82,8)	20(17,2)		56(48,3)	60(51,7)	
Consumo de suco industrializado						
Não	113(80,1)	28(19,9)	0,708	67(47,5)	74(52,5)	0,838
Sim	47(82,5)	10(17,5)		28(49,1)	29(50,9)	
Consumo de doces						
Não	89(80,9)	21(19,1)	0,968	56(50,9)	54(49,1)	0,356
Sim	71(80,7)	17(19,3)		39(44,3)	49(55,7)	
Consumo de comidas enlatadas/preparadas						
Não	100(82,6)	21(17,4)	0,411	58(47,9)	63(52,1)	0,987
Sim	60(77,9)	17(22,1)		37(48,1)	40(51,9)	
Consumo de sal na refeição já servida						
Não	129(78,7)	35(21,3)	0,100**	77(47,0)	87(53,0)	0,525
Sim	31(91,2)	3(8,8)		18(52,9)	16(47,1)	
Consumo habitual de frituras						
Não	40(76,9)	12(23,1)	0,407	25(48,1)	27(51,9)	0,987
Sim	120(82,2)	26(17,8)		70(47,9)	76(52,1)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Os dados associados na Tabela 50 demonstraram que não tiveram associação estatística entre as restrições alimentares relatadas pelos indígenas e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs.

Tabela 50 - Análise da associação entre a restrição alimentar seguida e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Restrição alimentar	AVDs		p*	AIVDs		p*
	INDEP	DEPED		INDEP	DEPED	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Restrição no consumo de alimentos gordurosos						
Não	108(83,7)	21(16,3)	0,155	61(47,3)	68(52,7)	0,790
Sim	52(75,4)	17(24,6)		34(49,3)	35(50,7)	
Restrição no uso do sal						
Não	98(80,3)	24(19,7)	0,828	54(44,3)	68(55,7)	0185
Sim	62(81,6)	14(18,4)		41(53,9)	35(46,1)	
Evitar o consumo de refrigerante						
Não	129(81,1)	30(18,9)	0,815	76(47,8)	83(52,2)	0,918
Sim	31(79,5)	8(20,5)		19(48,7)	20(51,3)	
Restrição no consumo de doce						
Não	139(81,3)	32(18,7)	0,667	82(48,0)	89(52,0)	0,985
Sim	21(77,8)	6(22,2)		13(48,1)	14(51,9)	
Restrição de alimentos ácidos						
Não	159(80,7)	38(19,3)	1,000**	94(47,7)	103(52,3)	0,480**
Sim	1(100,0)	-		1(100,0)	-	
Não segue nenhuma restrição alimentar						
Não	96(81,4)	22(18,6)	0,812	60(50,8)	58(49,2)	0,327
Sim	64(80,0)	16(20,0)		35(43,8)	45(56,3)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência; - corresponde a zero

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

A análise da associação entre o hábito de vida e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs é apresentada na Tabela 51. Constatou-se que as variáveis etilismo ($p=0,002$) e o exercício físico ($p=0,014$) apresentaram associação estatística no grau de dependência nas AIVDs.

Tabela 51 - Análise da associação entre as variáveis relacionadas ao tabagismo, etilismo e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Hábito de vida	AVDs			AIVDs		
	INDEP	DEPED	p*	INDEP	DEPED	p*
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Tabagismo						
Não tabagismo	138(80,7)	33(19,3)	0,924	84(49,1)	87(50,9)	0,418
Tabagismo	22(81,5)	5(18,5)		11(40,7)	16(59,3)	
Etilismo						
Não etilista	146(79,8)	37(20,2)	0,311**	82(44,8)	101(55,2)	0,002
Etilista	14(93,3)	1(6,7)		13(86,7)	2(13,3)	
Exercício físico						
Não praticante	133(78,7)	36(21,3)	0,077**	75(44,4)	94(55,6)	0,014
Praticante	27(93,1)	2(6,9)		20(69,0)	9(31,0)	
Prática de esporte						
Não praticante	155(80,3)	38(19,7)	0,585**	92(47,7)	101(52,3)	0,672**
Praticante	5(100,0)	-		3(60,0)	2(40,0)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência; - corresponde à zero. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Em relação à Tabela 52, verificou-se que não apresentou associação estatística entre o tratamento terapêutico com o nível de dependência nas AVDs e AIVDs.

Tabela 52 - Análise da associação entre o tratamento terapêutico e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Tratamento terapêutico	AVDs		p*	AIVDs		p*
	INDEP	DEPED		INDEP	DEPED	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Medicamento						
Não aderente	31(83,8)	6(16,2)	0,610	16(43,2)	21(56,8)	0,522
Aderente	129(80,1)	32(19,9)		79(49,1)	82(50,9)	
Quantidade de medicamento						
1	87(85,3)	15(14,7)	0,240**	55(53,9)	47(46,1)	0,521**
2	26(72,2)	10(27,8)		14(38,9)	22(61,1)	
3	12(75,0)	4(25,0)		7(43,8)	9(56,3)	
4	3(60,0)	2(40,0)		2(40,0)	3(60,0)	
Não se aplica	32(82,1)	7(17,9)		17(43,6)	22(56,4)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Com relação à análise de associação entre as práticas de autocuidado e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs na Tabela 53. Observou-se que apresentou

associação estatística entre a categoria não segue nenhuma prática de autocuidado ($p=0,003$) com o grau de dependência nas AVDs.

Tabela 53 - Análise da associação entre a prática de autocuidado e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Prática de autocuidado	AVDs		p*	AIVDs		p*
	INDEP	DEPED		INDEP	DEPED	
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Dieta/Alimentação						
Não	82(75,2)	27(24,8)	0,207	49(45,0)	60(55,0)	0,346
Sim	78(87,6)	11(12,4)		46(51,7)	43(48,3)	
Medicação						
Não	100(78,1)	28(21,9)	0,195	56(43,8)	72(56,3)	0,107
Sim	60(85,7)	10(14,3)		39(55,7)	31(44,3)	
Exercício físico						
Não	158(81,4)	36(18,6)	0,167**	93(47,9)	101(52,1)	1,000**
Sim	2(50,0)	2(50,0)		2(50,0)	2(50,0)	
Conforto						
Não	155(82,0)	34(18,0)	0,071**	91(48,1)	98(51,9)	1,000**
Sim	5(55,6)	4(44,4)		4(44,4)	5(55,6)	
Comportamento						
Não	129(79,1)	34(20,9)	0,243**	75(46,0)	88(54,0)	0,232
Sim	31(88,6)	4(11,4)		20(57,1)	15(42,9)	
Prevenção						
Não	152(80,0)	38(20,0)	0,358**	91(47,9)	99(52,1)	1,000**
Sim	8(100,0)	-		4(50,0)	4(50,0)	
Não segue nenhuma prática de autocuidado						
Não	141(84,4)	26(15,6)	0,003	84(50,3)	83(49,7)	0,129
Sim	19(61,3)	12(38,7)		11(35,5)	20(64,5)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência; - corresponde a zero. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

A Tabela 54 analisa a associação entre as dificuldades no autocuidado e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs. Constatou-se que apresentou associação estatística com as categorias de aspecto financeiro ($p=0,015$), físicos ($p=<0,001$), não tem dificuldades ($p=<0,001$) com o grau de dependência nas AVDs. Enquanto que nas AIVDs, associou com a categoria de aspectos físicos ($p=0,007$).

Tabela 54 - Análise da associação entre a dificuldade no autocuidado e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Dificuldade no autocuidado	AVDs			AIVDs		
	INDEP	DEPED	p*	INDEP	DEPED	p*
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Aspectos financeiros						
Não	127(84,7)	23(15,3)	0,015	74(49,3)	76(50,7)	0,500
Sim	33(68,8)	15(31,3)		21(43,8)	27(56,3)	
Aspectos emocionais e comportamentais						
Não	138(79,3)	36(20,7)	0,791**	81(46,6)	93(53,4)	0,279
Sim	22(91,7)	2(8,3)		14(58,3)	10(41,7)	
Aspectos físicos						
Não	158(83,2)	32(16,8)	<0,001**	95(50,0)	95(50,0)	0,007**
Sim	2(25,0)	6(75,0)		-	8(100,0)	
Não tem dificuldades						
Não	60(69,0)	27(31,0)	<0,001	37(42,5)	50(57,5)	0,174
Sim	100(90,1)	11(9,9)		58(52,3)	53(47,7)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência; - corresponde a zero. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)
 *Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

A respeito da orientação recebida para o autocuidado analisada com o grau de dependência nas AVDs e AIVDs na Tabela 55, verificou-se que houve associação entre dieta/alimentação com as AIVDs. ($p=0,047$).

Tabela 55 - Análise da associação entre a orientação recebida de autocuidado e o nível de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

(continua)

Orientação recebida para o autocuidado	AVDs			AIVDs		
	INDEP	DEPED	p*	INDEP	DEPED	p*
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Dieta/Alimentação						
Não	64(79,0)	17(21,0)	0,593	32(39,5)	49(60,5)	0,047
Sim	96(82,1)	21(17,9)		63(53,8)	54(46,2)	
Controlar o estresse e preocupação						
Não	151(80,7)	36(19,3)	1,000**	88(47,1)	99(52,9)	0,359**
Sim	9(81,8)	2(18,2)		7(63,6)	4(36,4)	
Controlar o peso						
Não	154(80,6)	37(19,4)	1,000**	92(48,2)	99(51,8)	1,000**
Sim	6(85,7)	1(14,3)		3(42,9)	4(57,1)	

(continuação)

Orientação recebida para o autocuidado	AVDs			AIVDs		
	INDEP	DEPED	p*	INDEP	DEPED	p*
Evitar o sol						
Não	156(80,4)	38(19,6)	0,590	92(47,4)	102(52,6)	0,352**
Sim	4(100,0)	-		3(75,0)	1(25,0)	
Evitar o esforço físico						
Não	160(81,2)	37(18,8)	0,192**	95(48,2)	102(51,8)	1,000**
Sim	-	1(100,0)		-	1(100,0)	
Consultas						
Não	159(81,1)	37(18,9)	0,348**	94(48,0)	102(52,0)	1,000**
Sim	1(50,0)	1(50,0)		1(50,0)	1(50,0)	
Medicação						
Não	156(80,4)	38(19,6)	1,000*	95(49,0)	99(51,0)	0,122**
Sim	4(100,0)	-		-	4(100,0)	
Evitar bebida alcoólica						
Não	159(80,7)	38(19,3)	1,000**	95(48,2)	102(51,8)	1,000**
Sim	1(100,0)	-		-	1(100,0)	
Parar de ingerir refrigerante						
Não	138(80,2)	34(19,8)	0,791**	80(46,5)	92(53,5)	0,288
Sim	22(84,6)	4(15,4)		15(57,7)	11(42,3)	
Não recebeu nenhuma orientação						
Não	123(80,4)	30(19,6)	0,784	74(48,4)	79(51,6)	0,841
Sim	37(82,2)	8(17,8)		21(46,7)	24(53,3)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência. - corresponde a zero. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

(conclusão)

Quanto às dimensões do apoio social associado ao grau de dependência nas AVDs e AIVDs na Tabela 56, verificou-se que apresentou associação estatística entre a dimensão instrumental ($p=0,001$), material ($p=0,001$) com o nível de dependência nas AIVDs.

Tabela 56 - Análise da associação entre as dimensões do apoio social e o grau de dependência nas AVDs e AIVDs dos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil. 2016.

Dimensão	AVDs		p*	AIVDs		p*
	INDEP	DEPED		INDEP	DEPED	
	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Instrumental						
Não	47(87,0)	7(13,0)	0,173	36(66,7)	18(33,3)	0,001
Sim	113(78,5)	31(21,5)		59(41,0)	85(59,0)	
Emocional						
Não	39(73,6)	14(26,4)	0,119	26(49,1)	27(50,9)	0,855
Sim	121(83,4)	24(16,6)		69(47,6)	76(52,4)	
Material						
Não	118(81,4)	27(18,6)	0,736	80(55,2)	65(44,8)	0,001
Sim	42(79,2)	11(20,8)		15(28,3)	38(71,7)	
Informação						
Não	64(82,1)	14(17,9)	0,720	39(50,0)	39(50,0)	0,646
Sim	96(80,0)	24(20,0)		56(46,7)	64(53,3)	
Interação social positiva						
Não	48(73,8)	17(26,2)	0,082	26(40,0)	39(60,0)	0,116
Sim	112(84,2)	21(15,8)		69(51,9)	64(48,1)	

Legenda: INDEP-Independência; DEPED-Dependência. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson **

5.10 ASSOCIAÇÕES DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CUIDADO FAMILIAR DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 57 analisou a associação das variáveis demográficas, socioeconômicas e as dimensões do apoio social, sendo identificado associação estatística entre a idade em anos para a dimensão emocional ($p=0,011$) e a interação social positiva ($p=0,004$). Outra variável que apresentou associação foi a escolaridade com dimensão emocional ($p=0,008$) e a interação social positiva ($p=0,019$).

Na Tabela 58, identificou-se associação estatística entre o arranjo familiar com a dimensão instrumental ($p=0,005$) e a interação social positiva ($p=0,002$). Constatou-se ainda a associação entre o número de moradores e dimensão instrumental ($p=0,013$). As demais variáveis relacionadas ao domicílio não apresentaram associação estatística.

Em relação à análise de associação entre as DCNTs e as dimensões de apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas na Tabela 59, verificou-se que apresentou associação estatística entre as doenças do sistema nervoso com a

dimensão material ($p=0,045$) e ainda entre as doenças do olho e anexos com interação social positiva ($p=0,018$).

Quanto à análise entre o atendimento ambulatorial/hospitalar e as dimensões de apoio social na Tabela 60, não apresentou associação estatística.

A análise da prática de autocuidado e as dimensões do apoio social não tiveram associação estatística, como podemos observar os resultados na Tabela 61.

Conforme a Tabela 62, as dificuldades no autocuidado, referidas pelos indígenas, não apresentaram associação estatística com as dimensões do apoio social.

Tabela 57 - Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômica e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Variáveis	Dimensão														
	Instrumental			Emocional			Material			Informação			Interação social positiva		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Idade (anos)†															
≤ 59	67	72,0	0,874	76	52,4	0,011	27	50,9	0,498	61	50,8	0,177	72	54,1	0,004
≥ 60	77	73,3		69	47,6		26	49,1		59	49,2		61	45,9	
Sexo															
Masculino	50	25,3	0,051	44	22,2	0,815	13	6,6	0,247	37	18,7	0,992	45	22,7	0,187
Feminino	94	47,5		101	51,0		40	20,2		83	41,9		88	44,4	
Escolaridade															
Analfabeto	32	16,2	0,147**	25	12,6	0,008**	8	4,0	0,416**	23	11,6	0,365**	21	10,6	0,019**
Até o EFC	99	50,0		106	53,5		40	20,2		85	42,9		98	49,5	
Até o EMC	11	5,6		13	6,6		5	2,5		11	5,6		12	6,1	
Até o ESC	2	1,0		1	0,5		-	-		1	0,5		2	1,0	
Convívio marital															
Não	50	25,3	0,433	49	24,7	0,214	19	9,6	0,927	40	20,2	0,272	43	21,7	0,092
Sim	94	47,5		96	48,5		34	17,2		80	40,4		90	45,5	
Tem religião															
Com religião	139	70,2	0,686**	140	70,7	0,444**	51	25,8	1,000**	115	58,1	1,000**	128	64,6	0,719**
Sem religião	5	2,5		5	2,5		2	1,0		5	2,5		5	2,5	
Situação ocupacional															
Empregado	28	14,1	0,337**	28	14,1	0,404**	5	2,5	0,130**	22	11,1	0,689**	30	15,2	0,495**
Desempregado	27	13,6		31	15,7		13	6,6		26	13,1		27	13,6	
Aposentado	72	36,4		66	33,3		29	14,6		55	27,8		59	29,8	
Autônomo	13	6,6		14	7,1		3	1,5		11	5,6		12	6,1	
Pensionista	4	2,0		6	3,0		3	1,5		6	3,0		5	2,5	
Renda pessoal (SM)															
0	36	18,2	0,514**	42	21,2	0,142**	15	7,6	0,764**	35	17,7	0,070**	38	19,2	0,308**
1 a 2	106	53,5		102	51,5		38	19,2		85	42,9		94	47,5	
≥ 3	2	1,0		1	0,5		0	0,0		0	0,0		1	0,5	
Renda Familiar (SM)															
< 1	19	9,6	0,852	23	11,6	0,472	8	4,0	0,889	19	9,6	0,701	23	11,6	0,186
1 a 2	111	56,1		109	55,1		39	19,7		90	45,5		97	49,0	
≥ 3	14	7,1		13	6,6		6	3,0		11	5,6		13	6,6	

Legenda: - corresponde a zero; SM- Salário mínimo; EFC-Ensino Fundamental Completo; EMC-Ensino Médio Completo; ESC-Ensino Superior Completo. Valores em negrito indicam associação estatística (p ≤ 0,05)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher †(≤59 anos=93 e ≥60 anos=105)

Tabela 58 - Análise da associação entre as variáveis relacionadas ao domicílio e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Variáveis	Dimensão														
	Instrumental			Emocional			Material			Informação			Interação social positiva		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Arranjo familiar															
Acompanhado	141	71,2	0,005**	139	70,2	0,462	52	26,3	0,294**	114	57,6	1,000	131	66,2	0,002**
Sozinho	3	1,5		6	3,0		1	0,5		6	3,0		2	1,0	
Nº de moradores															
1 a 3	49	24,7	0,013**	57	28,8	0,295	18	9,1	0,602**	48	24,2	0,225	54	27,3	0,112
4 a 6	57	28,8		49	24,7		21	10,6		38	19,2		42	21,2	
7 a 9	28	14,1		31	15,7		10	5,1		27	13,6		30	15,2	
Acima de 10	10	5,1		8	4,0		4	2,0		7	3,5		7	3,5	
Tipo de família															
Extensa	50	25,3	0,168	45	22,7	0,360	19	9,6	0,675	39	19,7	0,329	38	19,2	0,327
Monoparental	32	16,2		29	14,6		13	6,6		24	12,1		33	16,7	
Nuclear	31	15,7		35	17,7		10	5,1		25	12,6		34	17,2	
Outros	31	15,7		36	18,2		11	5,6		32	16,2		28	14,1	

Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Tabela 59 - Análise da associação entre as DCNTs e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

(continua)

Variáveis	Dimensão														
	Instrumental			Emocional			Material			Informação			Interação social positiva		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Doenças do sistema circulatório															
Não	56	28,3		56	28,3		20	10,1		45	22,7		49	24,7	
Sim	88	44,4	0,632	89	44,9	0,722	33	16,7	0,980	75	37,9	0,892	84	42,4	0,667
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas															
Não	65	32,8		66	33,3		31	15,7		55	27,8		65	32,8	
Sim	79	39,9	0,191	79	39,9	0,251	22	11,1	0,073	65	32,8	0,453	68	34,3	0,719
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo															
Não	89	44,9		91	46,0		34	17,2		74	37,4		82	41,4	
Sim	55	27,8	0,743	54	27,3	0,432	19	9,6	0,596	46	23,2	0,842	51	25,8	0,823
Doenças do olho e anexos															
Não	127	64,1		129	65,2		49	24,7		108	54,5		122	61,6	
Sim	17	8,6	0,824	16	8,1	0,438	4	2,0	0,326**	12	6,1	0,257	11	5,6	0,018
Doenças do sistema digestivo															
Não	135	68,2		135	68,2		49	24,7		111	56,1		122	61,6	
Sim	9	4,5	0,135	10	5,1	0,377	4	2,0	1,000	9	4,5	0,710	11	5,6	0,888
Transtornos mentais e comportamentais															
Não	138	69,7		141	71,2		51	25,8		117	59,1		129	65,2	
Sim	6	3,0	1,000	4	2,0	0,214**	2	1,0	1,000**	3	1,5	0,268**	4	2,0	0,443**
Doenças do sistema nervoso															
Não	139	70,2		141	71,2		49	24,7		117	59,1		128	64,6	
Sim	5	2,5	1,000**	4	2,0	1,000	4	2,0	0,045**	3	1,5	0,682**	5	2,5	0,666**

(continuação)

Variáveis	Dimensão														
	Instrumental			Emocional			Material			Informação			Interação social positiva		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Doenças do sistema respiratório															
Não	140	70,7	1,000**	141	71,2	1,000**	52	26,3	1,000**	117	59,1	1,000**	130	65,7	1,000**
Sim	4	2,0		4	2,0		1	0,5		3	1,5		3	1,5	
Doenças do sistema geniturinário															
Não	137	69,2	0,451**	139	70,2	1,000**	51	25,8	1,000**	115	58,1	1,000**	127	64,1	1,000**
Sim	7	3,5		6	3,0		2	1,0		5	2,5		6	3,0	
Neoplasias															
Não	142	71,7	1,000**	143	72,2	1,000**	53	26,8	1,000**	119	60,1	1,000**	132	66,7	0,550**
Sim	2	1,0		2	1,0		-	-		1	0,5		1	0,5	
Doenças da pele e tecido subcutâneo															
Não	141	71,2	0,564**	143	72,2	1,000**	51	25,8	0,175**	118	59,6	1,000**	131	66,2	1,000**
Sim	3	1,5		2	1,0		2	1,0		2	1,0		2	1,0	
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários															
Não	143	72,2	1,000**	145	73,2	0,268**	53	26,8	1,000**	120	60,6	0,394**	132	66,7	1,000**
Sim	1	0,5		-	-		-	-		-	-		-	-	

Legenda: - corresponde à zero. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$)

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

(conclusão)

Tabela 60 - Análise da associação entre o atendimento ambulatorial, hospitalar e as dimensões do apoio social promovida pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Atendimento ambulatorial/hospitalar	Dimensão														
	Instrumental			Emocional			Material			Informação			Interação social positiva		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Consulta na unidade															
Não	54	27,3	0,764	50	25,3	0,250	16	8,1	0,239	43	21,7	0,708	47	23,7	0,523
Sim	90	45,5		95	48,0		37	18,7		77	38,9		86	43,4	
Internação hospitalar															
Não	95	48,0	0,265	93	47,0	0,808	31	15,7	0,363	80	40,4	0,272	86	43,4	0,668
Sim	49	24,7		52	26,3		22	11,1		40	20,2		47	23,7	

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Tabela 61 - Análise da associação entre as práticas de autocuidado e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Prática de autocuidado	Dimensão														
	Instrumental			Emocional			Material			Informação			Interação social positiva		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Dieta/Alimentação															
Não	78	39,4	0,683	80	40,4	0,955	30	15,2	0,791	66	33,3	0,986	67	33,8	0,059
Sim	66	33,3		65	32,8		23	11,6		54	27,3		66	33,3	
Medicação															
Não	95	48,0	0,524	94	47,5	0,930	32	16,2	0,447	82	41,4	0,178	88	44,4	0,522
Sim	49	24,7		51	25,8		21	10,6		38	19,2		45	22,7	
Exercício físico															
Não	141	71,2	1,000**	142	71,7	1,000**	51	25,8	0,291**	117	59,1	1,000**	129	65,2	0,305**
Sim	3	1,5		3	1,5		2	1,0		3	1,5		4	2,0	
Conforto															
Não	139	70,2	0,259**	138	69,7	1,000	49	24,7	0,252**	114	57,6	1,000**	127	64,1	1,000
Sim	5	2,5		7	3,5		4	2,0		6	3,0		6	3,0	
Comportamento															
Não	117	59,1	0,518	118	59,6	0,565	43	21,7	0,791	99	50,0	0,936	108	54,5	0,554
Sim	27	13,6		27	13,6		10	5,1		21	10,6		25	12,6	
Prevenção															
Não	138	69,7	1,000**	138	69,7	0,455	51	25,8	1,000**	115	58,1	1,000**	128	64,6	1,000
Sim	6	3,0		7	3,5		2	1,0		5	2,5		5	2,5	
Não segue nenhuma prática de autocuidado															
Não	121	61,1	0,842	126	63,6	0,102	49	24,7	0,076**	102	51,5	0,753	115	58,1	0,240
Sim	23	11,6		19	9,6		4	2,0		18	9,1		18	9,1	

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Tabela 62- Análise da associação entre as dificuldades para realizar o autocuidado e as dimensões do apoio social promovidas pelos familiares aos indígenas da etnia Mura com DCNT. Autazes, Amazonas, Brasil, 2016.

Dificuldade no autocuidado	Dimensão														
	Instrumental			Emocional			Material			Informação			Interação social positiva		
	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*	N	%	p*
Aspectos financeiros															
Não	105	53,0	0,128	106	53,5	0,149	41	20,7	0,751	88	44,4	0,323	99	50,0	0,535
Sim	39	19,7		39	19,7		12	6,1		32	16,2		34	17,2	
Aspectos emocionais e comportamentais															
Não	125	63,1	0,966	138	69,7	0,489**	46	23,2	0,985	103	52,0	0,593	116	58,6	0,835
Sim	19	9,6		7	3,5		7	3,5		17	8,6		17	8,6	
Aspectos físicos															
Não	138	69,7	0,164**	138	69,7	0,459	52	26,3	0,294**	113	57,1	0,714	126	63,6	0,753**
Sim	6	3,0		7	3,5		1	0,5		7	3,5				
Não tem dificuldades															
Não	64	32,3	0,482	67	33,8	0,123	20	10,1	0,372	56	28,3	0,188	58	29,3	0,782
Sim	80	40,4		78	39,4		33	16,7		64	32,3		75	37,9	

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

6. Discussão

6 DISCUSSÃO

Este estudo é pioneiro na investigação sobre a abordagem das práticas de autocuidado e o cuidado familiar em uma população indígena com DCNT da Região Norte do Brasil.

A discussão dos resultados está apresentada como: as características demográficas e socioeconômicas, as do domicílio e o tipo de família, as de condição de saúde, da prática de autocuidado, do cuidado familiar, do desempenho nas AVDs e AIVDs e a associação das variáveis do estudo com as DCNTs, as AVDs e AIVDs e ao cuidado familiar dos participantes do estudo.

6.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICA E OCUPACIONAIS DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

Os resultados do estudo caracterizaram os indígenas com predomínio do sexo feminino; média de idade de 59 anos; casados; evangélicos; baixo nível de escolaridade; aposentados; renda pessoal e familiar entre um e dois salários mínimos; bolsa família como benefício social; oriundos, na maior parte, da área rural da cidade de Autazes e tendo a agricultura como atividade de ocupação.

Com relação à faixa etária, os participantes do estudo tiveram um predomínio entre 59 a 67 anos, com a média de 59 anos. Os valores, em média, encontrados em outras pesquisas mostram de 53 a 63 anos para uma DCNT (RODRIGUES; SANTOS, 2016; LOYOLA-SANCHEZ, 2016; CHARY et al., 2012).

Em relação à média de idade encontrada neste estudo, para algumas etnias brasileiras podem ser considerados anciãos, como citam no Estudo de Marques e colaboradores (2015) sobre a população Guarani-Mbyá, a qual a partir dos 40 anos é considerada como pessoa que passa a ter a função de aconselhar e orientar os componentes da comunidade tendo em mente seu conhecimento de vida. Luciano (2006) refere que o índio na velhice tem deveres de repassar todos os seus conhecimentos adquiridos para seus membros familiares, sendo considerados guardiões e produtores de conhecimento. Destaca-se, portanto, que para o grupo étnico estudado, a definição de idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 60

anos, de acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013), sendo que esses indígenas que vivem na área urbana acabam tendo a mesma expectativa de vida dos não indígenas.

Estudo de Heck, Loebens e Carvalho (2005) afirmou que, de acordo com os dados do Instituto de Medicina Tropical de Manaus no ano de 1995, a expectativa de vida dos índios da região Amazônica era menor que a da população não indígena, correspondendo a uma diferença quase de 25 anos. Para o Censo Demográfico do ano de 2010, os índios na faixa etária de 65 anos ou mais têm mais esperança de vidas melhores na área rural do que na urbana, particularmente nos centros urbanos (IBGE, 2012). Por outro lado, no cenário mundial, a expectativa de vida dos indígenas é bem diferente da população não indígena, chegando a ser uma diferença de 10 a 20 anos.

A prevalência de pelo menos uma DCNT, segundo a idade e sexo, revelou, em 2008, um padrão semelhante ao de 2003: aumento intenso com avanço da idade até os 70 anos, com prevalência maior para as mulheres, dado que pode ser confirmado na pesquisa de amostra por domicílio da população brasileira (BARROS et al., 2011). Assim, a DCNT tende a aumentar a sua ocorrência proporcionalmente com a idade.

Quanto ao gênero que obteve maior frequência no estudo, corroborando os achados nos estudos de Cotta et al. (2009), Erber et al. (2010), Chary et al. (2012), Rodrigues e Santos (2016), Loyola-Sanchez (2016) sobre os indivíduos com DCNT, destacou-se o sexo feminino, sendo realizado um estudo com população não indígena e outros com população *Inuvialuit* do Canadá, indígenas na Guatemala, índios Xerente e nativos da etnia Maya Yucoteca, México. A explicação para maior frequência para mulheres pode ser explicada pelo fato de elas procurarem mais o serviço de saúde para o atendimento de saúde do que os homens, sendo que não é tão diferente da população geral, no caso desses grupos étnicos.

No aspecto geral da população indígena, vale ressaltar que a Região Norte do Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, é a única região que mostra uma tendência para um número maior de homens em comparação às mulheres (IBGE, 2012).

Com relação ao estado conjugal dos indígenas deste estudo, 32,8% eram casados, número representado para ambos os sexos. A maioria das mulheres indígenas mantinha relação de união estável, enquanto que boa parte dos homens

era casada. Importa registrar que, no estudo, foram identificadas uniões interétnicas¹⁴ através de união estável. De acordo com Fernandes (2009), entre os Mura não há proibição de casamento interétnico, sendo mais frequente para o sexo feminino. Esses achados condizem com os estudos que apresentam maior frequência para os índios casados (OLIVEIRA R et al., 2012; ERBER et al., 2010). Assim sendo, a relação conjugal pode ser um fator de ajuda no tratamento do indivíduo com DCNT, através do apoio mútuo, atenção e o reconhecimento de atitudes não saudáveis.

Os grupos étnicos no Brasil, especialmente os indígenas, estão cada vez mais se aproximando das diversidades religiosas. A população geral de Autazes é predominantemente católica. Neste estudo, a maioria dos índios se declarou evangélica (49,5%) ou católica (37,9%), o que vem corroborar a pesquisa de Marroni (2005), a qual difere dos resultados de Fernandes (2009) com a mesma população, que os 55 casos levantados na referida pesquisa sobre os Mura no Pantaleão, eram representados por católicos, mas afirmava que a população de evangélicos estava crescendo nesses povos indígenas. Vale registrar que o tema religião dos povos indígenas é difícil de ser encontrado na literatura científica, sendo o assunto ainda pouco explorado.

Os povos indígenas que vivem em área urbana parecem estar cada vez mais adaptados aos costumes e hábitos da população envolvente, principalmente no aspecto da religião. Destaca-se ainda que a religião pode ser um grande aliado no enfrentamento da DCNT, principalmente nas ocorrências das alterações de saúde devido à enfermidade e aos problemas do dia a dia no domicílio.

No que se refere à escolaridade, os resultados apontam que a maioria dos indígenas apresenta um nível de escolaridade que vai do analfabetismo ao Ensino Fundamental incompleto, totalizando 86,9%. Esses dados refletem o cenário brasileiro, pois, segundo o Censo Demográfico de 2010, os indígenas residentes no Brasil possuem nível educacional mais baixo em comparação à população não indígena. Outro dado importante a ser mencionado é que, entre as mulheres indígenas, a taxa de alfabetização é de 25,0%, índice superior ao dos homens indígenas (21,6%), tanto na zona urbana quanto na rural (IBGE, 2012). Assim, o baixo nível de escolaridade pode interferir no acompanhamento de saúde do índio com

¹⁴ Consiste em uma relação do índio com o indivíduo não indígena.

DCNT, principalmente para as adoções de práticas de autocuidado, compreensão da doença e não adesão ao plano terapêutico. Estudo feito por Barros e colaboradores (2011) menciona que os indivíduos com 18 anos ou mais com menor nível de escolaridade, apresentam maiores riscos no desenvolvimento de pelo menos uma DCNT.

Quanto à situação ocupacional, 48,0% eram aposentados e 20,2% deles referiram estar empregados. Dentre os que possuíam vínculo empregatício, as atividades eram voltadas para a Agricultura, desenvolvidas nas fazendas do município. Outra ocupação que também aparece como atividade exercida antes da aposentadoria era também de atividades voltadas para a Agricultura, mas sem vínculo empregatício, apenas para a subsistência e sobrevivência. Esses dados foram semelhantes aos encontrados nos estudos de Ribas, Concone e Pícoli (2016) com os índios Teréna e o de Oliveira R e colaboradores (2012) com os povos potiguaras, em que as atividades exercidas pela maioria estavam também voltadas para a Agricultura.

No concernente às atividades exercidas como autônomos, 3,0% eram pescadores e peixeiros. Os participantes do estudo desenvolviam atividades de pescar o peixe e vender o produto em carros ambulantes caminhando entre os bairros ou em frente à sua casa, com uma estrutura de madeira, mesa e caixa de isopor. Essa atividade é muito praticada nos municípios da Região Norte do Brasil entre os ribeirinhos e o caboclo da Região Amazônica. O estudo de Pezzuti e Chaves (2009) com os índios Deni na região do Purus e Juruá no Estado do Amazonas, afirma que a pesca é atividade exercida para a sua sobrevivência, mas que, no contato com os brancos, acabaram adquirindo outras técnicas não indígenas para pescar, como o uso de utensílio com anzol; enquanto que outras técnicas são ainda praticadas, como o arco e a flecha e o veneno de peixes (uso de folhas de *Vekama*¹⁵, que após serem preparadas são colocadas em igarapés. Os peixes são asfixiados pela ação do veneno e são coletados pelos índios).

Quanto às outras ocupações autônomas exercidas pelos índios, são relatadas as de canoeiro e a de rezadeira. Estudo de Silva, Langdon e Ribas (2013) menciona que os rezadores equivalem a uma forma de obter o ritual de cura, fazendo inclusive

¹⁵ Consiste na utilização das folhas de *Vekama* que são esmagadas com os pilões e enterradas de um dia para outro, formando uma massa que é o veneno. Os indígenas levam essas massas aos igarapés de terra firme dentro da floresta com os paneiros (pequenos cestos). Os paneiros com venenos são mergulhados dentro do igarapé e o seu conteúdo é disseminado, tendo participação de outros índios que começam a bater na água com os pés para suspender o sedimento com o veneno e com isso distribui o veneno, a água torna-se turva, e depois de alguns minutos os peixes são asfixiados pela ação do veneno, começam a saltar e a ser apanhados pelos indígenas com flechas ou com a mão.

uma comparação de uma consulta particular de um médico especialista com o rezador, que chega a ser igual ao valor pago.

Os indígenas deste estudo, de uma forma geral, apresentam renda pessoal e familiar em torno de um a dois salários mínimos. As questões econômicas são citadas por Oliveira R e colaboradores (2012) como as principais causas das doenças, principalmente quando resulta do desemprego e da pobreza, tornando-se assim, precárias as condições de vida (alimentação, vestimenta, habitações numerosas, estresse psicológico e o abuso de álcool). Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, qualquer que seja a cultura, as más condições de saúde estão diretamente ligadas à baixa renda.

Estudo de Anderson e colaboradores (2016), que buscou descrever o estado social e de saúde dos povos indígenas e tribais em relação à população amostral de diversos países, retratam que o Brasil, quanto ao aspecto econômico dos povos indígenas, apresenta um cenário de famílias vivendo com renda abaixo de um salário mínimo. Outro dado a ser destacado é que, na Região Norte, segundo o Censo Demográfico de 2010, 25,7% das famílias recebem um salário mínimo e, grande parte (66,9%), não tem rendimento algum (IBGE, 2012).

Outra fonte de renda dos índios está relacionada ao recebimento do Bolsa Família através da transferência de renda direta do Governo Federal (25,3%). O estudo de Quermes e Carvalhos (2013) ressalta que esses programas de transferência de renda têm grande contribuição ao combate à extrema pobreza dos indígenas. Os autores ainda referem na sua pesquisa que 90% das famílias dos índios da etnia Guarani-Kaiowa do Estado do Mato Grosso do Sul, têm como renda principal os benefícios assistenciais recebidos pelo programa Bolsa Família. O estudo de Oliveira R e colaboradores (2012) também afirma que grande parte dos povos potiguaras é beneficiada pelo programa Bolsa Família.

Com relação à procedência, 79,3% eram provenientes da zona rural da cidade de Autazes. Esse fato pode ser explicado por haver uma grande imigração dos índios da zona rural para a área urbana do município, em busca de melhores recursos para sua sobrevivência e de seus familiares. Outro fato importante para destacar é que no município de Autazes, o bairro Multirão é constituído, atualmente e na sua maioria, por população indígena; no passado, o próprio município era constituído na sua totalidade de índios. Com a expansão da cidade houve o contato com os não índios e a cidade foi se desenvolvendo ao ponto de, hoje, existir um bairro exclusivamente

habitado por indígenas, o Multirão, mas há índios residindo em outros bairros do município também.

6.2 CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO E O TIPO DE FAMÍLIA DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

A respeito das características do domicílio, 92,4% dos índios informaram possuir casa própria, tendo três a quatro compartimentos na sua residência (50,5%) e com média de quatro, residindo com um a seis moradores no domicílio (76,3%) e média de cinco, convivendo com os filhos, netos e cônjuges.

Em relação à condição de ocupação, a grande parte dos índios informou residir em casa própria, o que vem corroborar a pesquisa de Moura e colaboradores (2016) com 138 pacientes hipertensos, que relataram que tinham moradia própria, correspondendo a 89,1%. Esse estudo, mesmo não tratando de população não indígena, vem contribuir com esta pesquisa.

No que se refere ao compartimento na residência dos participantes do estudo, evidenciou-se que a maior parte das moradias era de três a quatro compartimentos (50,5%), abrangendo sala, quarto, cozinha e banheiro. Vale mencionar que as casas, na sua maioria, eram de madeira, com o piso de madeira e cobertura de alumínio, com uma grande área atrás das casas e alguns banheiros externos (latrina). Esse resultado vai de encontro aos achados da pesquisa do I Inquérito de Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (FUNASA, 2009), que evidenciou a predominância de domicílios das diversas etnias das macrorregiões (Norte, Centro-Oeste, Nordeste, Sul/Sudeste) do Brasil, com 55,3% das residências com piso de madeira, parede de madeira (63,9%) e cobertura/telhado de alumínio (45,4%).

O estudo de Teixeira, Brasil e Silva (2011) referem que as crianças e adolescentes da etnia Sateré-Mawé da Região Oeste do Amazonas correspondem a um número absoluto maior nas terras indígenas, comparado com a população indígena das cidades (área urbana do município do Estado do Amazonas) devido à alta fecundidade existente. No estudo em questão, destacou-se o número frequente de adultos e crianças nas residências dos indígenas da etnia Mura com DCNT.

Com relação ao tipo de família, 30,3% dos participantes apresentavam unidades familiares constituídas por família extensa, convivendo na mesma residência

com parentes de várias gerações, com média de cinco moradores por domicílio. Esses dados foram semelhantes aos que dizem respeito à família extensa dos povos das etnias Sateré-Mawé, Kaingang, Pontiguará e Guajajaras (TEIXEIRA; BRASIL; SILVA, 2011; MARRONI, 2005; OLIVEIRA R et al., 2012; MARINELLI et al., 2012; BORGHI et al., 2015). Estudo de Melo et al. (2011) constatou que 52% dos indígenas Potiguará eram de família constituída acima de cinco pessoas, o que vem corroborar os achados deste estudo.

Estudo de Oliveira R e colaboradores (2012) mencionam que a família numerosa, associada às precárias condições econômicas, pode levar a uma maior dependência dos programas de assistência do Governo. Assim, é importante mencionar que programas sociais como o Bolsa Família podem ajudar financeiramente a família do índio que se encontra em extrema pobreza. Além do fato de que isto serve para o controle do programa, que exige a presença de crianças na Escola e com as vacinas em dia.

6.3 CARACTERÍSTICAS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

Na caracterização da condição de saúde, 33,3% dos índios relataram que os seus familiares tinham HAS e 52,5% referiram não ter conhecimento. O grau de parentesco com mais frequência foi parente de primeiro grau, o pai e segundo, a mãe. A DCNT com maior predominância foi a HAS e o tempo, em média, foi de sete anos. Em relação ao conhecimento da DCNT, 79,3% não souberam informar e 20,7% referiram conhecer sobre a sua doença crônica. A percepção sobre a sua condição de saúde era regular (55,0%). Dos 128 índios que relataram o seu peso e altura, foram classificados na sua maioria como eutrófico através do IMC. Quanto à internação por complicação da DCNT nos últimos 12 meses, a grande parte informou que não esteve internada por complicação da DCNT no Hospital durante os últimos 12 meses (63,6%) e as consultas realizadas no Polo-base do Pantaleão equivaliam a 63,1%.

Quanto aos antecedentes familiares de DCNT, grande parte dos participantes relatou a existência de uma ou mais doenças, principalmente a HAS e DM, que foram as mais frequentes. Sabe-se que a questão hereditariedade é um indicador importante

para a identificação da DCNT e, ainda, um fator de risco não modificado (MALETTA, 2016).

O estudo de Gritti e colaboradores (2015), que buscou identificar as DCNTs, os antecedentes pessoais e a frequência dos pacientes reinternados em um hospital escola público de São José do Rio Preto, no Estado de São Paulo, mostrou que, dos 544 pacientes, a maioria apresentou uma frequência de dois antecedentes pessoais, sendo que os mais encontrados foram as DCNTs como Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Esse estudo, por não se tratar de uma investigação com povos indígenas, vem confirmar os achados encontrados neste estudo.

Pakseresht e colaboradores (2010), identificaram, no Canadá, 266 inuits com DCNT, verificando que HAS, seguida pelas neoplasias, foram as DCNTs mais referidas na questão de antecedente familiar. Esse estudo não menciona qual o membro familiar ou grau de parentesco do portador de DCNT, mas vem corroborar a questão da frequência para essas DCNTs nesta investigação.

Ainda sobre a história de DCNT na família, principalmente o grau de parentesco, mostrou que as respostas dos indígenas, na sua totalidade, eram para parentes de primeiro grau como o pai e a mãe. Dentre as DCNT informadas sobre os familiares eram, em primeiro lugar a HAS e, em segundo, a DM. Maletta (2016) aponta que o histórico familiar de morte prematura por doença cardiovascular e familiares de primeiro grau que tenham desenvolvido a doença pode aumentar o risco de o indivíduo adquirir a DCNT. Importa registrar que, segundo Rodrigues e Santos (2016), não foi encontrada evidência científica quanto à predisposição genética dos indígenas brasileiros a desenvolverem DCNT.

Os povos indígenas nas últimas décadas têm passado por mudanças, tanto nos aspectos epidemiológicos quanto demográficos, o que tem contribuído diretamente para a predominância da DCNT. Neste estudo, foi evidenciado que as DCNTs dos indígenas da etnia Mura cadastrados no Polo-base do Pantaleão e autorreferidos, reportaram maior frequência para as doenças do sistema circulatório, representadas pela HAS (61,6%), que foi a mais predominante, corroborando o estudo de Marroni (2005) com 251 índios da etnia Kaingang com DCNT, no município de Redentora, Rio Grande do Sul, o qual constatou que a afecção de maior ocorrência foi também a HAS. O mesmo ocorreu nas pesquisas de Oliveira R e colaboradores (2012) com os povos potiguaras, e Erber e colaboradores (2010) com populações

Inuvialuit do Canadá, a respeito das morbidades referidas pelos índios, apontam a HAS como a de maior frequência.

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil. Dentre essas doenças, está a HAS, considerada fator de risco para DCV (SCHMIDT et al., 2011; MALTA et al., 2013; MALETTA, 2016). A HAS pode resultar complicações para os indígenas no tocante às dificuldades no cotidiano, comprometendo a qualidade de vida e a diminuição da esperança de vida das pessoas (RODRIGUES; SANTOS, 2016).

A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e aumenta progressivamente com a idade. Essa doença tem como prevalência na população adulta brasileira de 22,3% a 43,9% (35,8% nos homens e 30% nas mulheres), sendo mais de 50% com pessoas na idade de 60 a 69 anos e 75% acima dos 70 anos (SBC, 2010). Os resultados da Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doença Crônica por Inquérito Telefônico (VIGITEL) das 27 capitais brasileiras para a população adulta, mostrou a frequência de diagnóstico médio prévio de HAS de 24,1% no ano de 2013, e 2014 contava 22,8% (BRASIL, 2014a, 2015). O estudo realizado por Tavares e colaboradores (2015) cita que a prevalência de diagnóstico referido de HAS é de 21,4%, segundo a Política Nacional de Saúde do ano de 2013. Em um artigo de revisão sistemática sobre prevalência de HAS em indígenas do Brasil desenvolvido por Souza Filho e colaboradores (2015), com o objetivo de avaliar as evidências sobre os índices de prevalência de hipertensão arterial nas populações indígenas do Brasil, por meio de uma revisão sistemática e realização de metanálise, verifica-se uma variação do nível de prevalência de HAS de até 29,7%. Oliveira e colaboradores (2014) mostram a prevalência de 29,5% de HAS entre indígenas da aldeia Jaguapiru em Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, em sua pesquisa.

Essa DCNT é responsável pelas mortes atribuídas às doenças arteriais coronarianas e cerebrovasculares no Brasil (SCHMIDT et al., 2011). Assim, é importante novas propostas de orientações aos pacientes com HAS, principalmente no aspecto cultural, que envolve a pessoa indígena, além do meio ambiente em que vivem e a interação familiar, para que possa subsidiar a forma adequada de avaliação e controle dessa enfermidade.

A Hipercolesterolemia aparece em segundo das frequências para as DCNTs, com 36,4%. A prevalência na população brasileira para adultos com idade igual ou

acima de 18 anos dos diagnósticos médicos prévio foi de 21,3% (BRASIL, 2015). Essa doença é o principal fator de risco para as doenças coronarianas, principalmente o infarto agudo do miocárdio e sua etiologia está intimamente ligada aos hábitos alimentares e de vida.

A DM foi a terceira em frequência das DCNTs representadas por 27,3%. Essa doença crônica resulta de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia em decorrência de efeitos na ação ou secreção da insulina, podendo ser em ambas (SBD, 2013, 2016). A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano de 2013 no Brasil, evidenciou o resultado para DCNT como a DM de 6,2% nos diagnósticos médicos referidos em uma população adulta com idade igual e acima dos 18 anos (IBGE, 2014b). Enquanto que no estudo de inquérito telefônico realizado pelo VIGITEL, estimou-se a frequência em 7,1% na população adulta das 27 cidades avaliadas (BRASIL, 2015). Na população indígena, especialmente num grupo étnico específico, identificou-se a prevalência de 28,2% nos índios Xavantes do Estado do Mato Grosso, em que a causa da alta prevalência está diretamente relacionada às mudanças nos hábitos de vida desta população (DAL FABBRO et al., 2014). Em outro estudo, desenvolvido por Oliveira G e colaboradores (2011) com os indígenas da aldeia Jaguapiru do Estado do Mato Grosso do Sul, a prevalência foi de 4,5% para os adultos com idade de 18 a 69 anos, dentro de amostra de 606 indivíduos. Sabe-se ainda que essa enfermidade é uma doença que está crescendo cada vez mais e que, atualmente, é estimada em 387 milhões portadores de DM e poderá alcançar 471 milhões no ano de 2025 (SBD, 2016).

Outra doença identificada foi a Artrite Reumatoide (AR), uma doença autoimune de etiologia desconhecida, com prevalência na população brasileira de 1,0%, com predominância para o sexo feminino, com tendência de surgir após os 40 anos de idade (MALETTA, 2016). Na pesquisa de revisão desenvolvida por Ferucci, Templin e Lanier (2005) a prevalência de AR nos índios americanos e nativos do Alasca correspondia à variação entre 0,5 a 7,1% dos estudos analisados nos anos de 1966 até 2003, sendo que com maior prevalência para os grupos étnicos como Himpewa, Tlingit, Yakima, Pima, e índios Chippewa.

Neste estudo, a AR representou uma frequência de 20,2% nos índios da etnia Mura com DCNT, o que vem confirmar os achados encontrados no estudo de Marroni (2005), que apresentam a AR como terceira causa de ocorrência das DCNTs com os índios Kaingang. Com a progressão da doença, os indivíduos com AR podem

desenvolver incapacidade para a realização de suas atividades tanto da vida diária como profissional, o que causa impacto econômico para o paciente e a sociedade (MALETTA, 2016).

Neste estudo, a prevalência da DCNT corresponde a 36%, resultado da soma de todas as DCNTs na população adulta da etnia Mura cadastrada no Polo-base do Pantaleão, correspondendo a 1.080 índios da zona urbana de Autazes. Vale ressaltar que existem várias maneiras de se obter dados de prevalência através de medidas clínicas, informação referida ou de cadastrados com diagnósticos médicos. Assim, nesta pesquisa, partiu-se do cadastro dos participantes e comprovadas pelas informações autorreferidas sobre a DCNT, sendo que quando os indivíduos da pesquisa desconheciam a sua condição de saúde, obedecia-se ao que estava no cadastro. Ainda, importa registrar que todos os entrevistados conheciam a sua condição de saúde.

Estudo de Barros e colaboradores (2011), que buscou estimar a prevalência de doenças crônicas na população brasileira através da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2008, mostrava um cenário para os indígenas quanto à prevalência de doença crônica, que era de 48,89% de ter ao menos uma doença crônica em pessoas com idade de 18 anos ou mais. Importa registrar que, neste estudo, das 12 doenças crônicas avaliadas, estiveram presentes as infecciosas, como a tuberculose, e não sendo exclusivamente de DCNT. Ferreira, Matsudo e Souza (2011) citam no seu estudo que a população indígena do Estado de Pernambuco tem como principais causas de óbitos as DCNTs, e que as doenças infecciosas e parasitárias se apresentam em último lugar.

Estudo de Marroni (2005) mostrou a prevalência de 20% de DCNT na população adulta Kaingang, sendo que o resultado deste estudo identificou uma prevalência de DCNT superior a esse valor. Considerando-se a escassez de dados científicos ou estudo de inquérito sobre a prevalência de DCNT na população indígena brasileira, o que se encontra na literatura científica são pesquisas voltadas apenas para uma ou duas DCNTs em grupo étnico específico.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, que foram utilizados na pesquisa de Malta e colaboradores (2015), mostram a prevalência dos indivíduos igual ou acima de 18 anos, relatando ter pelo menos uma DCNT (45,1%), mais frequentes no sexo feminino. Outro dado mencionado pelos autores retrata as regiões do Brasil para a prevalência de DCNT: a região Sul é a primeira com 52,1% e a última

é a região Norte com 37,2%. Esses achados corroboram com esta pesquisa para a maior ocorrência da DCNT para mulheres indígenas, e outra chama a atenção para a prevalência encontrada na região Norte, que se aproxima do valor deste estudo com a população indígena.

Em relação ao tempo de conhecimento da doença, o estudo em questão mostra que, para DCNT como a HAS, foi apresentada uma média de sete anos nas DSCs, o que vem corroborar o estudo de Rodrigues e Santos (2016), pois os índios Xerente relataram que adquiriram a HAS de um a 12 anos. Nas Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, os indígenas que informaram saber sobre o tempo da DCNT para Hipercolesterolemia obtiveram uma média de seis meses, com mínimo um a 84 meses. Esses dados mostram o tempo do diagnóstico, que tem um período recente.

A DM teve uma média de sete anos referidos sobre o tempo de diagnóstico para essa DCNT. Diferentemente do que apresentou o estudo de Faria e colaboradores (2013), uma média de nove anos de tempo de diagnóstico nos 423 adultos portadores de DM em 17 instituições na região sudeste do Brasil.

Nesta investigação em relação ao número de DCNT, os participantes do estudo apresentaram uma média de dois. Pinto e Neri (2013) mostraram, na sua pesquisa com população idosa, uma média de 1,7 para os homens e 2,4 para mulheres quanto ao número de DCNTs. Esse resultado vem confirmar os achados desta pesquisa, mesmo não sendo com índios, principalmente para a média apresentada e a frequência maior nas mulheres.

Em toda a sociedade, a forma de compreensão sobre a doença está enraizada na cultura específica. No estudo em questão, foi evidenciado sobre o conhecimento dos índios sobre a sua DCNT, a maioria referiu não conhecer sua doença, representando 79,3%. Esses achados mostram a necessidade do esclarecimento da DCNT a essa população específica por parte dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com este grupo étnico, a fim de que possam favorecer aos índios a compreensão da sua condição de saúde e se comprometer com a prevenção de complicações decorrentes da enfermidade. De acordo com Cheever, Brunner e Suddarth (2016), os indivíduos orientados são os mais preocupados com a sua condição de saúde, que podem fazer o impossível para manter ou controlar a sua doença em comparação à pessoa desinformada. Cabe registrar a importância de o profissional de saúde procurar conhecer as crenças, culturas e os costumes

envolvidos com essa população nas suas práticas de autocuidado, para que possa realizar a efetiva ação de informação sobre a doença.

Quanto aos participantes do estudo que informaram conhecer a sua DCNT, esses eram representados por 7,1% dos indígenas através da compreensão dos sinais e sintomas da doença. Importa registrar que os dados informados são importantes na identificação da sintomatologia da DCNT, o que, aliado à orientação do profissional de saúde, pode proporcionar um comportamento de cuidado com sua doença, dentro de uma interação do conhecimento científico e cultural.

Pesquisa realizada com 69 adultos, cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial da Unidade de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, com o objetivo de descrever o conhecimento dos usuários inscritos e ativos em relação à HAS, concluiu que os informantes tinham um déficit de conhecimento a respeito da doença e ainda que o conhecimento era voltado para um conceito parcial sobre alguns aspectos da enfermidade, principalmente associada aos sinais e sintomas e ao nervosismo (MANTOVANI et al., 2008). Esses dados vêm confirmar o que dizem os achados deste estudo no aspecto da compreensão parcial da doença no que se refere a sinais e sintomas de uma DCNT específica.

Nesta investigação, a autoavaliação de saúde consistiu na percepção dos participantes sobre a sua própria saúde e se verificou que 55% dos indígenas informaram que consideram a saúde como regular, seguidos de 30% que informaram ser “boa”. Este achado para a categoria regular pode ser explicado para o índio que tem de fazer uso regular de medicamentos, apresenta sinais e sintomas da DCNT e dificuldades de origem financeira, enquanto que a categoria “boa” seria para aqueles que têm a DCNT, mas não apresentam nenhum quadro de sinais e sintomas, além de ter melhores condições financeiras.

A autopercepção de saúde é um indicador que foi utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde no ano de 2013, em que se evidenciou que quanto maior for a idade, o nível de escolaridade, pode apresentar maior percentual para definir a saúde como “boa” ou “muito boa”. Quanto ao sexo, a diferença se deu para os homens, que consideraram, com maior frequência, respostas da sua saúde como muito boa/boa em comparação às mulheres (IBGE, 2014b), o que vem corroborar esta pesquisa. Os dados encontrados neste estudo diferem da pesquisa desenvolvida por Agostinho e colaboradores (2010), com 3.009 usuários do Serviço de Atenção Primária do município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, que concluíram que apesar

da presença de doença crônica como HAS, DM e cardiopatia isquêmica, além dos fatores de risco (tabagismo e sedentarismo), consideravam sua saúde como positiva, ou seja, boa/muito boa com relação a sua condição de saúde. Na pesquisa de Arruda e colaboradores (2015), que objetivou analisar a associação de características sociodemográficas e de autopercepção de saúde com a presença de doenças cardiovasculares e a associação da autopercepção de saúde com o tipo de doença cardiovascular, evidenciou que a maioria dos informantes responderam para a categoria “regular” como percepção da sua saúde.

Dos 128 indígenas da etnia Mura com DCNT, correspondendo a 65% da amostra do estudo, que relataram sobre o seu peso e altura (foi utilizada a classificação pelo IMC neste estudo), 35,9% dos indígenas foram classificados como eutrófico, seguidos por sobrepeso, com 32,8%. No ano de 2001, estudo realizado por Guerrero, Mainbourg e Guerrero (2005) com 68 idosos das etnias Makuxí, Wapixána, Taurepáng, Ingarikó, Patamona no DSEI Leste de Roraima, Estado de Roraima, revelou uma frequência de 42,9% de sobrepeso nos homens. Na pesquisa realizada por Souza e Alves (2013), no ano de 2012, que buscou diagnosticar o perfil nutricional dos indígenas brasileiros de zero a cinco anos e de vinte a sessenta anos cadastrados no banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar, os resultados mostraram que os adultos indígenas, através da análise do IMC, apresentaram os seguintes indicadores: 2,3% - baixo peso, 41,8% - peso adequado, 34,9% - sobrepeso e 21,0% - obesidade, vindo os dois estudos a corroborar esta pesquisa.

No que se refere à média do IMC dos indígenas com DCNT, para ambos os sexos foi de 26,92, sendo o feminino com 26,68 e o masculino 27,45, considerando ambos para classificação de sobrepeso pelo IMC. Estudo transversal de Simões e colaboradores (2013), na Terra Indígena Xukuru-Kariri, em Caldas, Minas Gerais, com 58 indígenas através de medida aferida de peso e altura para o IMC, constatou a média de 24,57 para adulto e o idoso com 23,54, considerado ambos a classificação de eutrófico, o que difere da presente pesquisa. Outra investigação, desenvolvida por Gugelmin e Santos (2006) com os índios adultos Xavantes da Aldeia São José, mostrou que 78% dos indígenas tinham IMC para a pré-obesidade e obesidade, sendo a mulher com maior frequência com 90,5%, confirmando os achados deste estudo. Os autores justificam que este quadro apresentado foi devido à transição cultural e alimentar que esses povos vêm sendo submetidos no decorrer dos anos.

Estudo realizado em Tocantins-Pará, com 99 adultos indígenas avaliados, constatou a prevalência de sobrepeso de 50% nas mulheres pelo IMC (CAPELLI; KOIFMAN, 2001). Considera-se que o IMC é um instrumento que busca avaliar a condição nutricional do indivíduo com DCNT, sendo importante que o profissional de saúde possa utilizá-lo nas consultas de acompanhamento e que também esteja atento ao estado nutricional e aos hábitos alimentares dos índios.

No concernente ao tratamento ambulatorial, 63,1% dos indígenas realizam consultas na Unidade de Saúde do Polo-base do Pantaleão com uma frequência uma a duas vezes a cada mês (58,6%). É oportuno dizer que a explicação para os índios terem uma frequência nas consultas da Unidade de Saúde está na motivação da participação em programas de saúde, especialmente o HIPERDIA, que necessita de um comparecimento periódico às consultas.

Os índios que não realizam consulta na unidade de referência justificaram que não gostam de ir à Unidade de Saúde, ou seja, procuravam a Unidade somente em situações de alteração da doença ou para conseguir medicamento. As visitas periódicas dos AISs à sua residência, justifica não ter necessidade de procurar o serviço de saúde, somada à distância da Unidade para os índios que residem em outros bairros, a dificuldade de locomoção ocasionada pela complicação da DCNT e a falta de disponibilidade de tempo para procurarem a Unidade de Saúde. O último quesito foi informado pelos índios do sexo masculino que trabalham durante o dia.

O AIS faz parte da equipe de saúde na unidade de referência para a população indígena. Conforme a PNASPI, esse profissional é o mediador entre a comunidade e os membros da equipe de profissionais de saúde, tendo como atuação na promoção e prevenção da saúde, ações domiciliares e o atendimento individual ou coletivo (BRASIL, 2002). O AIS é detector do conhecimento tradicional e faz elo entre o conhecimento e recurso das ciências da saúde ocidental (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). O AIS da etnia Mura, que atua no Polo-base do Pantaleão, tem várias atribuições na Unidade e fora dela através da visita domiciliar, no acompanhamento das famílias da área de cobertura, sendo que o mesmo é eleito pela comunidade indígena e acaba tendo a mesma competência do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

As DCNTs representam grande impacto no Brasil, principalmente aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essas uma das principais causas de internações hospitalares (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Neste

estudo, grande parte dos entrevistados informou que não esteve internada no Hospital durante os 12 meses (63,6%) e apenas 36,4% referiram ter buscado o setor de saúde devido à complicação ou alteração da DCNT. O estudo desenvolvido por Lunardi, Santos e Coimbra Junior (2007), que buscou analisar as causas de internações de indígenas Xavantes do Estado de Mato Grosso, no período de 2000 a 2002, constatou que o grupo etário de 20 a 49 anos apresentou a segunda maior proporção de reinternação hospitalar, grande parte com mais de uma internação. Outro dado apresentado está voltado para as causas de internação que foram para as DCNTs como a DM ao grupo acima de 35 anos, o que vem confirmar os dados desta pesquisa.

6.4 CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

Os povos indígenas brasileiros cada vez mais estão modificando o seu modo de viver e os seus costumes, principalmente os que vivem na área urbana, justamente por passarem a ter contato com a população envolvente não indígena, sendo que as principais mudanças são nos hábitos de vida e alimentar. Dentre as práticas de autocuidado que foram identificadas no estudo, estão os hábitos alimentares e de vida que são desenvolvidos pelos participantes do estudo quanto aos cuidados exercidos no tratamento ou controle da DCNT.

Quanto ao número de refeições realizadas por dia pelos indígenas, registrou-se o de três a quatro refeições diárias (77,3%), o que vem a ser semelhante aos resultados do estudo realizado com população não indígena como de Vinholes, Assunção e Neutzling (2009). Tal fato pode ser explicado por questões culturais de realizar apenas as refeições como o café da manhã, almoço, lanche da tarde e o jantar, que se aproxima dos hábitos do caboclo amazonense. Outro aspecto envolvido é o poder aquisitivo de comprar o alimento para consumir, o que pode ser uma grande influência no número de refeições realizadas diariamente, como foi constatado neste estudo para aqueles que realizam de uma a duas refeições por dia.

Com relação ao consumo de frutas, 92,5% dos participantes do estudo referiram consumir, sendo que a maioria consome em uma frequência de três a quatro vezes por semana (39,9%). Neste aspecto, o VIGITEL (BRASIL, 2015) retrata, no seu documento, recomendação quanto à necessidade do consumo de frutas, a fim de

assegurar a diversificação de dieta, podendo limitar a três porções durante o dia, sendo esses alimentos importantes na composição de uma dieta saudável e no controle da DCNT, além de prevenir outros agravos como a obesidade. Faz-se importante destacar que a orientação baseada na alimentação deve adentrar nos costumes e nas crenças alimentares dessa população do estudo, principalmente quanto aos hábitos alimentares de consumir frutas nativas da Região Norte, além de levar em consideração a questão financeira para a aquisição desses alimentos.

Pesquisa realizada por Pacheco e Xavier (2015) cita que as frutas que fazem parte da dieta cotidiana dos indígenas Kariri-Xocó são banana, laranja, manga, mamão, goiaba e abacaxi, o que vem confirmar achados deste estudo para as frutas que foram referidas pelos participantes do estudo.

Quanto ao consumo de verduras (83,8%) e legumes (98,0%), esses alimentos eram consumidos diariamente pelos índios (79,3% e 96,0%). O estudo feito por Rocha A e colaboradores (2011), que buscou estudar a prevalência da síndrome metabólica em indígenas com idade maior ou igual a 40 anos em duas cidades no Rio Grande do Sul, Brasil, apresenta resultados que mostraram maior prevalência de Síndrome Metabólica nas mulheres Kaingang residindo na área rural. Os autores esperavam que a prevalência de síndrome metabólica no meio rural fosse menor em comparação à área urbana, devido ao fato de, na área rural, terem mais acesso a alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras. Os resultados desta pesquisa mostraram que os índios da etnia Mura com DCNT na área urbana de um município do Estado do Amazonas (conhecida como interior¹⁶), têm o hábito de consumir frutas, mesmo sendo em uma frequência menor, ao contrário das verduras e legumes, que são consumidos diariamente pela população investigada. Outra pesquisa, cujos resultados corroboram os obtidos nesta investigação, foi a de Vinholes, Assunção e Neutzling (2009), no ano de 2005, com adultos acima de 20 anos residindo na zona urbana de Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul, na qual 57,5% dos 3.136 adultos informaram que consumiam diariamente frutas, legumes e verduras.

Um estudo realizado no Brasil com a população adulta, e com representatividade nacional, mostrou que a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 44,1%, com menor frequência para os representantes do sexo masculino. Os resultados mencionam ainda que o consumo tende a aumentar

¹⁶ Refere-se ao local que não é a capital, ou seja, neste estudo o município de Autazes pode ser denominada como interior do Amazonas.

conforme a idade e a escolaridade acima de 12 anos de estudo para ambos os sexos (BRASIL, 2015). Os dados apresentados nessa pesquisa epidemiológica, com população não indígena, vêm confirmar os achados desta investigação. O Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas identificou, quanto ao consumo de verduras e legumes, que a região Norte representava 62,6%, em comparação com outras microrregiões que foi de 80 a 95% para diferentes etnias avaliadas (FUNASA, 2009). Cabe destacar que a população estudada já está bastante influenciada quanto aos aspectos alimentares, passando a ter hábitos diferentes do tradicional de seu povo, sendo isto, inclusive, reconhecido pela literatura científica como *aculturação dietética*¹⁷.

As mulheres idosas, neste estudo, apresentaram maior frequência para o consumo de verduras, frutas e legumes. Tal constatação pode ser explicada pelo fato de as mulheres indígenas terem mais controle em seguir uma alimentação saudável ou consumir alimentos recomendados pelos profissionais de saúde para o controle da sua DCNT, em comparação aos homens, além do fato de os idosos serem mais resistentes em consumir alimentos não saudáveis. Estudos de Silveira et al (2015) e Figueiredo, Jaime e Monteiro (2008) mostraram o consumo de frutas, legumes e verduras substancialmente superior entre as mulheres e com mais idade, sendo os dois estudos com povos não indígenas, vindo corroborar os resultados deste estudo.

No Guia Alimentar as frutas, legumes e verduras são denominados *trilogia*, demonstrando a importância de seu consumo nas refeições diárias, além de serem ricos em vitaminas, minerais e fibras, tendo grande contribuição na proteção da saúde e na diminuição de risco de ocorrência das DCNTs, como as DCVs e certos tipos de neoplasias (BRASIL, 2014b).

No que se refere ao consumo de carne, 68,2% dos indígenas consomem carne nas suas principais refeições, sendo numa frequência de uma a duas vezes por semana (44,9%). Vale ressaltar que dentro da categoria carnes vermelhas, encontram-se a carne bovina e suína, relatadas por cinco dos participantes do estudo. Nota-se que o consumo de carne vermelha foi reduzido pelos índios e acredita-se que isso se deu pelo fato das orientações recebidas por profissionais de saúde para evitar consumir este tipo de alimento, cujo consumo poderia ocasionar alterações da DCNT. Outro fato importante é que a cidade é conhecida na Região da Amazônia como

¹⁷ *Aculturação dietética* refere adoção de novas práticas alimentares diferentes das tradicionais.

grande produtora de carne de búfalo e bovina. Acredita-se que o comércio regional negocie este tipo de produto com maior frequência.

Com relação ao consumo de frango, 88,4% dos participantes do estudo consomem este alimento nas suas refeições e com uma frequência de três a quatro vezes por semana (29,8%) pela maioria. Esses dados corroboram o estudo de Katz (2009), o qual cita que os índios, no contexto urbano, consomem alimentos como carne de boi ou de frango, além do arroz com feijão, hábito chamado de culinária nacional. Tal fato pode ser explicado pelo acesso a mercados próximos às residências da população do estudo e, também, pelo valor do produto ser menor em comparação à carne bovina ou suína.

A respeito do consumo de galinha de quintal, apenas 5,1% dos entrevistados referiram consumir este tipo de alimento na sua residência. Esse resultado pode estar relacionado à criação dessas aves, podendo ser consideradas como animais domésticos, além da presença de outros animais como os patos, coatis, macacos-prego, cachorros e gatos, evidenciados durante a coleta de dados nos domicílios.

Outro dado que é apresentado neste estudo diz respeito à não utilização da pele do frango ou da galinha nas refeições, uma vez que a maioria dos indígenas (92,0%) relatou não fazer uso ou consumir a mesma como alimento. A utilização dessa forma de gordura através da pele pode ser fator de risco para doenças ateroscleróticas, podendo assim agravar mais a sua condição de saúde.

Em relação ao consumo de peixes, 96,0% dos informantes referiram consumir o alimento e com uma frequência diária (54,5%), o que vem confirmar os achados de Katz (2009), o qual cita que a comida básica dos indígenas do Rio Negro, no Estado do Amazonas, é o peixe, principalmente o caldo apimentado acompanhado com beiju ou farinha, conhecido na língua geral como quinhãpira (de quinha, pimenta, e pira, peixe), podendo ser consumido ensopado ou assado. Cabe destacar que o Guia Alimentar da população brasileira recomenda o consumo de peixes porque são ricos em proteínas, vitaminas e minerais (BRASIL, 2014b). A pesquisa de base populacional, com os povos Indígenas do Brasil e diversas etnias, mostrou que a Região Norte representou acima de 90% para o consumo de peixe, bem diferente das demais macrorregiões (FUNASA, 2009).

O peixe é um alimento muito apreciado pelos ribeirinhos¹⁸ e indígenas do Amazonas. Esse alimento também faz parte da tradição dos indígenas da etnia Mura, principalmente para a subsistência da família (SCOPEL, 2007). É importante mencionar que o tipo de peixe consumido depende das variações sazonais da região, ou seja, cheia ou seca dos rios.

Outro consumo de carne, que também faz parte da tradição dos índios Mura, é a silvestre. Nesta investigação, 63,6% dos indígenas não consumiam carne silvestre, sendo que certamente este dado remete à questão da transição alimentar ocorrida com a convivência do meio urbano. Estudo de Rodrigues e Santos (2016) citou que no povo Xerente, após o contato com a cidade, ocorreram mudanças nas questões alimentares e a incorporação de novos hábitos de vida, pois os mesmos passaram a comprar seus próprios alimentos e a aprender o modo de preparo. Por outro lado, neste estudo, 36,4% dos participantes consumiam carne silvestre e com uma frequência de uma a duas vezes por semana (31,9%), o que vem confirmar os achados de Katz (2009) com os indígenas do Rio Negro do Amazonas quanto ao consumo desse alimento.

Em estudo subsequente de Ezeomah e Farag (2016), que buscou explorar o impacto do desenvolvimento sobre os sistemas alimentares tradicionais e percepção dos indígenas da Nigéria, determinado pela modificação da sua cultura alimentar, concluiu que das quatro comunidades avaliadas, sendo um total de 120 entrevistados, que o desenvolvimento da comunidade sob a forma de educação, estradas, trabalhos e imigrantes influenciaram mudanças bruscas na alimentação tradicional desses povos nativos, o que resultou em aderir aos alimentos modernos, e que ainda os jovens indígenas são mais propensos a adotar novos alimentos culturais. Portanto, as influências do meio em que se vive podem influenciar novos hábitos. Nesta investigação, foi constatada essa mudança nos jovens indígenas, principalmente no consumo de alimentos silvestre, o que evidenciou que esses alimentos eram consumidos por pessoas mais velhas, com nível de escolaridade de até ensino fundamental incompleto e renda salarial menor que um salário mínimo. Vale ressaltar que a pretensão do estudo não é generalizar a todos os índios Mura, e sim destacar as mudanças que vêm ocorrendo com esta população.

¹⁸ Refere-se aos povos que vivem próximos aos rios do Estado do Amazonas, que tem como a pesca para a sua sobrevivência. Na área urbana vive da pesca para sua comercialização ou para o seu próprio consumo.

Na pesquisa realizada por Cotta e colaboradores (2009) com 180 usuários diagnosticados com HAS e DM, cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Teixeira, Minas Gerais, concluiu que os participantes do estudo referiram que não adicionavam sal na comida depois de pronta, o que correspondia a mais de 90% das respostas, sendo resultados que vão de encontro aos resultados obtidos nesta investigação sobre o consumo de sal na refeição já servida (82,8%) pelos indígenas da etnia Mura com DCNT.

O consumo adicional de açúcar fez parte dos hábitos alimentares dos indígenas do estudo. Constatou-se o consumo de refrigerante, representado por 58,6%, numa frequência, pela maioria, de uma a duas vezes por semana (32,8%), o suco industrializado com 28,7% e ingerido diariamente (18,2%) e o doce correspondendo a 44,4%, e consumido entre uma a duas vezes por semana (23,7%). O caderno de atenção básica para o cuidado da pessoa com doença crônica recomenda que se deve evitar o açúcar adicional e ser desestimulada sua utilização devido ao alto teor energético dos refrigerantes, além de evitar os alimentos líquidos, como o suco industrializado porque não se sabe as calorias presentes, além de estimular o consumo moderado de alimentos como biscoitos e as coberturas de bolos (BRASIL, 2014c). Essas recomendações são necessárias ao indivíduo que apresenta DCNT, a fim de evitar possíveis complicações advindas do açúcar adicional através desses alimentos, além de evitar o risco para a obesidade.

Conforme a Funasa (2009), através do Inquérito Nacional com índios de várias etnias no Brasil, no seu documento sobre os hábitos alimentares dos indígenas, aponta para a preocupação do consumo de alimentos industrializados, caracterizados como alimentos de alto índice de calorias, sódio, açúcar, gorduras e pobres em fibras, pois pode acarretar risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas. Neste estudo, os alimentos não saudáveis industrializados, como as comidas enlatadas e as preparadas (38,9%), estiveram presentes nos hábitos dos índios em uma frequência de consumo de uma a duas vezes por semana (30,3%). Esses dados foram semelhantes aos encontrados em estudo sobre os índios da etnia Xerente (ROCHA et al., 2015).

No estudo em questão, é evidente que o contato da urbanização pelos índios, vem acarretando mudanças dos antigos padrões alimentares como produzir alimentos, a caça, a criação, a pesca, o compartilhamento de alimento e a plantação, passando a ter hábitos de vida mais urbanizada, o que aparece em outros estudos

com população indígena como o de Rocha A e colaboradores (2011), Marroni (2005), Rodrigues e Santos (2016), Borghi e Carreira (2015). Assim, através desse contato, os índios incorporaram novos hábitos e costumes, principalmente nas atividades de realizar compra de alimentos para seu consumo próximo a sua residência.

Em relação ao consumo habitual de frituras, que foi analisado nesta investigação, a maioria dos indígenas relatou que consumiam frituras (73,7%) em uma frequência de três a quatro vezes por dia (41,9%) e que o alimento mais utilizado para as principais refeições era o peixe frito. Cabe mencionar a necessidade de orientação mais efetiva do profissional de saúde para evitar o alimento com alto teor de frituras, principalmente para as pessoas que têm uma DCNT. Moura, Batista e Moreira (2010) mencionaram no seu estudo sobre o contato dos povos nativos com a população não indígena na área urbana, que fez com que adquirissem “alimentos do branco”, ou seja, produtos industrializados.

No que diz respeito à restrição alimentar seguida pelos indígenas da etnia Mura com DCNT, a maioria das respostas foi para restrição no uso do sal na refeição (38,4%) e consumo de alimentos gordurosos (34,8%), com o intuito de evitar complicações da DCNT, principalmente para os hipertensos, enquanto 19,7% dos informantes mencionaram que evitam o consumo de refrigerantes. Estes resultados vêm corroborar estudo feito por Chary e colaboradores (2012) com 23 adultos indígenas com Diabetes Mellitus tipo 2 em uma clínica rural de Guatemala, no qual os pacientes referiram seguir restrição alimentar de ingestão de açúcar, gordura, ou quando consumidos, comiam uma porção pequena, além de eliminar os refrigerantes e aumentar o consumo de frutas e verduras.

Para alguns grupos étnicos, o alimento com sal e gordura tem um valor simbólico, como é caso dos índios da etnia Teréna, para os quais esse alimento representa saúde e força para o trabalho diário nas roças, que atualmente são reconhecidos como causadores de doenças. Assim, faz-se necessário que o profissional de saúde, que atende os grupos étnicos, conheça a representatividade do alimento inserido no contexto cultural de quem está sendo assistido para melhor efetivação das orientações sobre a dieta (RIBAS; CONCONE; PÍCOLI, 2016).

O controle do tabagismo representa uma meta fundamental na prevenção e controle das DCNTs no cenário mundial, principalmente na redução de todas as formas de uso do produto do fumo. No Brasil, a proposta do Plano de Enfrentamento das DCNTs, para os anos de 2011 a 2022, defende que a população adulta alcance

a prevalência de 9,1% no ano de 2022 e que possa superar a do ano de 2011, que foi de 15,1% (MALETTA, 2016; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Neste estudo, a maior parte dos participantes com DCNT informou que não tinha o hábito de fumar (86,4%), diferente daqueles que fazem uso do fumo, que foi uma parcela menor (13,6%). O tempo de fumo apresentou uma média de quatro anos e com a quantidade por dia de cinco. Assim, destaca-se a importância de os profissionais de saúde utilizarem estratégias de forma contínua na orientação e no processo educativo dos índios com DCNT, a fim de proporcionar a compreensão e estimular não ter hábitos de fumo, mas antes de tudo é necessário conhecer os aspectos culturais envolvidos no seu uso.

Os hábitos, como o uso do fumo, fazem parte de alguns grupos étnicos como Potiguaras, Inuit no Canadá, Kaingans e Guarani (OLIVEIRA R et al., 2012; ERBER et al., 2010; ROCHA A et al., 2011). Cabe mencionar que alguns grupos étnicos têm hábitos culturais e costumes envolvendo o uso do fumo, dado segundo o qual não se pode generalizar, considerando errado o consumo para alguns povos nativos, mas se faz necessário o conhecimento de cada povo indígena pela sua diversidade cultural, tendo cuidado nas intervenções de novas práticas ocidentais, que muito diferem das tradicionais.

Quanto ao hábito de etilismo, grande parte dos entrevistados informou não ingerir bebidas alcoólicas industrializadas (92,4%), o que vem corroborar o estudo de Erber e colaboradores (2010), que aponta que a população *Inuvialuit*, com doença crônica não faz uso de bebida alcoólica. Vale ressaltar que a população estudada em questão não relatou o uso de bebida alcoólica tradicional. Os dados do VIGITEL mostram que a população adulta, nas 27 cidades avaliadas, apresentou frequência do consumo abusivo de bebida alcoólica em apenas 16,4%, sendo de maior frequência para os homens do que para as mulheres, o que tende a aumentar com o nível de escolaridade (BRASIL, 2015).

Para maioria das culturas indígenas, o uso de bebidas tradicionais, preparadas artesanalmente e baixo teor alcoólico, pode ser utilizado como alimento ou rituais sagrados. Neste contexto, cabe a importância de conhecer os valores simbólicos para o uso deste tipo de bebida por parte de quem presta serviço de saúde, envolvendo as peculiaridades de cada população. Por outro lado, a utilização da bebida alcoólica industrializada deu-se após o contato com a população não indígena, que contribui para influenciar a sua utilização, como podemos exemplificar o caso dos índios

Tenharim do Alto Tapajós do Oeste do Estado do Amazonas, que após a construção da Transamazônica ocorreram algumas mudanças no estilo de vida desses povos, principalmente o uso de bebida alcoólica (PEREIRA; OTT, 2012).

O consumo de bebida alcoólica pode trazer papel positivo, como é mencionado no estudo de Ghiggi Junior e Langdon (2014) com os índios Kaingang, que destaca a questão nos modos de sociabilidade, principalmente nas festividades através dos bailes na TI Xapeco, e nas atividades sociais como motivador para os eventos como os jogos de futebol, além de ser utilizado durante o trabalho na roça. Por outro lado, há os aspectos negativos do uso de bebida alcoólica, o qual pode resultar em problemas familiares e de violência doméstica através do seu consumo abusivo (OLIVEIRA R et., 2012; BORGHI; CARREIRA, 2015).

Com referência ao hábito de vida relacionado à prática de exercício físico e esporte, a maioria dos entrevistados informou que não realiza nenhuma dessas atividades, com 85,4% para o exercício físico e 97,5% em relação à prática de algum esporte. Esses achados são compatíveis com o estudo de Vinholes, Assunção e Neutzling (2009), desenvolvido com adultos acima de 20 anos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul e que constatou que 914 (29,2%) dos 3.136 avaliados praticavam atividade física por no mínimo 30 minutos. O guia dos dez passos do Ministério da Saúde recomenda a realização de exercício físico de, no mínimo, trinta minutos e, no caso da necessidade de perda de peso, deve ser efetuada uma avaliação por um profissional de saúde (BRASIL, 2014d).

O estudo de inquérito telefônico, com amostra da população brasileira nas 27 capitais avaliadas, mostrou que 16,0% da população de adultos não pratica qualquer atividade física no tempo livre, ou seja, são fisicamente inativos. Desses, as pessoas com menor nível de escolaridade são de até oito anos de estudo e a idade superior é a de 65 anos para ambos os sexos, que foram os que apresentaram maior percentual para inatividade física (BRASIL, 2015). Esses dados confirmam os achados dessa pesquisa, na qual os participantes que relataram não realizarem nenhum exercício físico ou prática de esporte são, na sua maioria, indivíduos com nível de escolaridade baixa e com idade superior a 55 anos.

Maletta (2016) cita que a inatividade física pode reduzir a expectativa de vida dos indivíduos, além de apresentar graves riscos de desenvolvimento de DCNT, principalmente as DCVs, neoplasias de cólon e mama. Estudos de Coelho e Burini (2009) mencionam a importância da atividade física na prevenção e no tratamento da

DCNT. A prevenção consiste no risco do desenvolvimento da doença e o tratamento para as diversas doenças metabólicas, perda de peso envolvendo a redução da adiposidade corporal, controle da pressão arterial, melhoras no perfil de lipídios, aumento de gasto energético, capacidade de equilíbrio e da flexibilidade e ajuda positiva na capacidade funcional do indivíduo. Vale ressaltar que a indicação de exercício físico deve ser orientada pela equipe de saúde levando em conta as peculiaridades que envolvem cada caso, principalmente os indígenas com DCNT.

Para o enfrentamento da DCNT quanto à abordagem dos cuidados promovidos pela equipe de Saúde da Família, o Ministério da Saúde recomenda, aqui direcionados ao Polo-base como referência de Unidade de Saúde, estimular a formação da organização de grupos para promover atividades físicas, exemplificando como proceder com idosos, adolescentes, portadores de doença mental e outros com características comuns (BRASIL, 2014c). Cabe destacar que o tipo de atividade de grupo se faz necessária com essa população estudada, favorecendo assim uma maior interação dos profissionais de saúde, além de fortalecer as atividades físicas não realizadas.

O tratamento farmacológico prescrito por profissionais de saúde para DCNT faz parte pela maioria dos indígenas (81,3%), com uma média de tempo de terapia iniciada de cinco anos. Estudos de Borghi e Carreira (2015) citam que, na comunidade indígena, houve melhorias através do acesso a recursos de saúde advindo das implantações das unidades básicas de saúde específicas para os povos indígenas e que os medicamentos ficaram mais disponíveis para essa população. Tal fato pode ser explicado pela ampliação do acesso à medicação aos portadores de DCNT nas Unidades de Saúde, principalmente aos programas de Hipertensão e Diabetes, com o intuito de realizar o controle da doença e a redução da morbimortalidade ocasionada por essas enfermidades, e ainda favorecer uma qualidade de vida aos usuários. Assim, percebe-se que os participantes do estudo têm acesso a esses recursos com a medicação para o seu tratamento da DCNT.

Em relação à classe farmacológica, os mais utilizados foram os fármacos que atuam no sistema circulatório (58,1%), que diretamente estão relacionados às doenças hipertensivas, que foram mais frequentes nesta investigação. Estudos de Tavares e colaboradores (2015), que buscaram descrever a prevalência do uso de medicamentos para o tratamento de DCNTs pela população brasileira, segundo os fatores demográficos, mostraram que a maior prevalência do uso de medicamento

para tratar HAS são para as mulheres e os grupos etários de maior idade, o que vem confirmar os achados desta pesquisa relacionados ao sexo feminino com idade acima de 60 anos com DCNT, como os indivíduos que realizam com maior frequência este tipo de terapia. Importa registrar que essa pesquisa se restringiu aos indígenas que fazem uso de medicação no tratamento da DCNT.

Nesta investigação, os indígenas que não fazem uso de medicação para o tratamento da DCNT, representaram 18,7%. Esse achado pode estar relacionado à ausência de sinais e sintomas da doença ou abandono do medicamento devido às reações adversas. Cheever, Brunner e Suddarth (2016) afirmam que, para manter as DCNTs sob controle, é necessária a adesão aos esquemas terapêuticos, que com sua ausência ou realização de modo inconsistente, aumenta os riscos de desenvolvimento de complicações e aceleração de um processo patológico. Assim sendo, faz-se importante levantar as causas que levaram à não adesão da terapia medicamentosa e outros aspectos relacionados.

As práticas de autocuidado, informadas pelos indígenas deste estudo, estão relacionadas à alimentação, medicação, comportamento, exercício, conforto e prevenção. Quanto ao aspecto da alimentação, este estava voltado à restrição de alimentos com gorduras, particularmente mencionados como reimosos pelos indígenas, como a carne de porco, peixe, tracajá, jabuti, paca e veado. A pele de galinha fez parte dos relatos dos participantes, ainda que soubessem que ao consumir poderiam agravar sua condição de saúde. Esses achados corroboram o estudo de Scopel (2007) ao citar os alimentos reimosos para a população Mura.

No que diz respeito à medicação como prática de autocuidado, relatada pelos entrevistados deste estudo, ela estava relacionada a tomar medicação no horário certo e fazer uso de remédios caseiros. Diehl e Grassi (2010) citam que a automedicação faz parte das práticas de autoatenção, o que pode ser caracterizado como decisão da utilização da medicação industrializada ou outra substância que passa a ser decidida pelo doente ou grupo a que pertencem, para sua utilização, com o objetivo da restauração da sua saúde.

Cabe destacar que a autoatenção, neste aspecto, é voltada para o doente e o grupo, como o caso da família ao tomar as decisões, e que não partem de profissionais de saúde, mas estão dentro da concepção coletiva como recurso no tratamento de doença. Silva, Lagdon e Ribas (2013), mencionam que a autoatenção consiste nas práticas desenvolvidas pela comunidade nas suas tentativas de solucionar problemas

das aflições que sofrem e, reforçam ainda, que não deve ser confundida com o de autocuidado, que são categorias diferentes.

Tomar remédio caseiro foi representado pela maioria dos relatos dos indígenas Mura como o uso de chá (ervas, folhas e outros produtos), o que foi evidenciado nos relatos sobre as práticas de autocuidado no tratamento da DCNT, principalmente com os idosos deste estudo. Tais resultados corroboram o estudo de Borghi e Carreira (2015), que afirma que o uso de remédio do mato ou caseiro é muito valorizado pelos idosos da etnia Kaingang. Já os índios da etnia Teréna, residentes nas terras indígenas de Buriti, Mato Grosso do Sul, utilizam a erva-mate com raízes e folhas para reduzir o nível da pressão arterial (RIBAS, CONCORNE, PÍCOLI, 2016). Destaca-se ainda a importância de o profissional de saúde conhecer as práticas envolvidas com essa população estudada, como o uso de plantas, ervas e folhas, a fim de que a cultura envolvida não seja desrespeitada.

Rissardo e colaboradores (2014) mencionam em sua pesquisa a importância da valorização e a articulação das práticas tradicionais dos povos Kaingang pela equipe de saúde, principalmente no envolvimento do uso de plantas medicinais, e outras atividades realizadas para o tratamento de saúde dentro de uma abordagem transcultural.

Em relação à prática do autocuidado realizada pelos índios na categoria de comportamento, está relacionada a evitar a ansiedade e as preocupações do cotidiano (17,7%) para não ocasionar alteração da sua DCNT, especificamente aos indivíduos com HAS e com transtornos depressivos. Tal achado pode ser explicado pelo fato de o índio buscar um controle emocional para a ansiedade e as preocupações do dia a dia no domicílio, principalmente dos problemas familiares, além da própria condição de saúde e a financeira, de modo a não apresentar sinais e sintomas da sua DCNT.

Quanto às dificuldades na realização da prática de autocuidado, 57,1% dos indígenas referiram não ter nenhuma dificuldade de realizar o seu próprio cuidado com a DCNT. Certamente pode ser justificado pelo fato de algumas DCNTs serem assintomáticas e, por outro lado, pode ser justificado pelo próprio indivíduo conseguir realizar o seu autocuidado com sua DCNT no domicílio para não agravar o seu quadro clínico, principalmente no uso da medicação corretamente, obedecer a dieta recomendada pelo profissional de saúde e manter o controle emocional.

Nesta pesquisa, as dificuldades informadas pelos indígenas no autocuidado eram relacionadas aos aspectos financeiros, emocionais e comportamentais, além

dos aspectos físicos. O estudo feito por Rodrigues e Santos (2016) com os índios da etnia Xerente com HAS, pertencentes às aldeias Funil, Salto e Porteira, no Estado de Tocantins, cita as dificuldades de acesso do grupo étnico aos alimentos e falta de recurso financeiro, além do que muitos não possuem renda suficiente para se alimentarem. Os que recebem o benefício social do Governo Federal conseguem comprar os alimentos de consumo diário. Esses resultados vêm fortalecer o resultado deste estudo quanto às dificuldades relatadas pelos índios da etnia Mura com DCNT, particularmente, a respeito da falta de dinheiro para comprar alimentos (23,2%), sendo essa a grande barreira para adquirir alimentos como frutas e outros produtos, essenciais para uma dieta considerada saudável. Em relação às dificuldades financeiras, é importante destacar ainda a falta de recursos para realizar um tratamento de saúde com um médico especialista ou mesmo realizar sessões de fisioterapia.

Quanto às dificuldades no autocuidado sobre os aspectos emocionais e comportamentais, os indígenas informaram que grande parte dos problemas são advindos de não conseguirem obedecer à orientação alimentar (11,1%), principalmente o fato de deixar de comer o que gosta para seguir rigorosamente uma dieta para o tratamento da DCNT. Vale ressaltar que alimentação faz parte do tratamento da DCNT, da mesma forma que o tratamento farmacológico e a orientação voltada para alimentação saudável não deve ser uma forma predominantemente restritiva, sendo necessário conhecer a realidade do índio para que se possa buscar alternativas para uma orientação eficaz.

No que se refere às dificuldades relacionadas aos aspectos físicos, destaca-se a locomoção devido à doença (5,6%), ou seja, a dificuldade de realizar algumas atividades no seu domicílio para seu próprio autocuidado ou sair para realizar alguma atividade da sua vida. Para Cheever, Brunner e Suddarth (2016), a condição crônica pode ocasionar sintomas ou complicações que podem interferir nas AVDs do próprio doente, ocasionando dependência ou limitação de atividades do cotidiano.

Com referência às orientações recebidas sobre o autocuidado, 59,1% dos indígenas com DCNT informaram que foram orientados a respeito da Dieta/Alimentação e 13,1% parar de ingerir refrigerante. Revelaram ainda que, dos profissionais de saúde mencionados para orientação, estava o médico (71,7%). Esses achados vêm corroborar estudo de Cotta e colaboradores (2009), que apresenta os adultos com HAS e DM, orientados sobre uma alimentação adequada,

principalmente pelos médicos. O estudo de Rodrigues e Santos (2016) enfatiza os cuidados participativos com a comunidade indígena e a importância de o profissional de saúde realizar uma associação do saber popular e do conhecimento científico no tratamento, e a compreensão sobre a saúde de quem está sendo assistido, como o índio. Os autores ainda mencionam a importância da compreensão do processo de adoecer por parte do indígena, para que, de fato, o sujeito possa ser independente e decidir sobre as suas práticas de autocuidado que envolvem sua saúde.

Na pesquisa desenvolvida por Faquinello, Marcon e Waidmann (2011), com 20 hipertensos residentes no município de Maringá, Paraná, referiram que esses procuram a Estratégia Saúde da Família pelo profissional médico, para sanar as suas dúvidas sobre a sua saúde, ou quando apresentam algum sintoma físico, sendo justificada essa frequência da procura pelo enfoque centralizado no diagnóstico e o tratamento através da prescrição de medicamento. Esses achados não se diferenciam da população estudada, que parece que procuram mais esse profissional na unidade de referência e, conseqüentemente, são mais orientados a respeito dos cuidados com sua DCNT.

Dentre os profissionais de saúde, o Enfermeiro (8,1%) esteve em pequena parcela nos relatos acerca das orientações sobre autocuidado recebidos pelos indígenas. A orientação do cliente e da família é uma atribuição importante da Enfermagem, principalmente nas questões de capacidade de adaptação da família à condição crônica (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016). E, particularmente, o Enfermeiro que se destaca nas questões que envolvem as práticas de autocuidado, principalmente relacionadas ao tratamento e adesão do cliente com DCNT, voltadas para o atendimento à população indígena, requer o conhecimento ampliado sobre o processo de saúde-doença nos aspectos étnicos-culturais.

6.5 CARACTERÍSTICA DO CUIDADO FAMILIAR DOS INDÍGENAS DA ETNIA MURA

Neste estudo, o cuidado familiar se refere às dimensões do apoio social promovidas e aos cuidados realizados pelos membros familiares dos indígenas da etnia Mura com DCNT.

A família é a principal fonte de apoio que a pessoa busca para superar os problemas relacionados à sua saúde (MATTOS; MARUYAMA, 2009). Assim, nesta investigação, o apoio social oferecido ao indígena com DCNT pela família se configura como dimensão instrumental, emocional, de informação, interação social positiva e material.

Em relação à dimensão instrumental, o estudo consistiu na ajuda em caráter operacional (cuidar quando está doente, ajudar nas tarefas domésticas, atividades fora do domicílio e ajuda nos cuidados pessoais). Dentre este apoio, o mais frequente foi o relacionado aos cuidados recebidos pelos familiares quando estão doentes (83,8%), devido à alteração ou complicação da DCNT, sendo a filha e a esposa as mais referidas nesses cuidados. Tal resultado pode ser explicado pelo sentimento de obrigação e afetividade dos familiares envolvidos neste processo.

No que se refere à ajuda nas tarefas domésticas como dimensão instrumental, o percentual obtido foi o de 65,7% dos entrevistados, sendo a filha e a esposa as que mais se envolvem nessas atividades. Esse apoio foi igualmente informado pelos cuidadores indígenas Kaingang, que relataram realizarem este tipo de tarefa aos membros familiares (MARRONI, 2005).

As tarefas realizadas no domicílio como forma de cuidado foram, em grande parte, as relacionadas à preparação das refeições (42,4%) e a lavar e passar roupas (26,8%), o que vem confirmar os achados da pesquisa de Marroni (2005). As atividades fora do domicílio foram as atividades como: pagar contas e receber provento no banco (21,2%), fazer compra do mês (15,2%) e levar para consulta médica (0,5%). Dentre os cuidados pessoais promovidos por seus parentes familiares, o auxílio na administração do medicamento foi representado com maior percentual (23,7%), auxiliar na locomoção (20,2%) e na transferência (18,6%), quando precisa se movimentar na cama ou na cadeira.

Nesta pesquisa, os familiares dos índios que estavam mais envolvidos nos cuidados no domicílio para a dimensão instrumental eram os parentes do sexo feminino, ajudando quando o indígena estava doente e também na realização das tarefas domésticas. A tarefa de cuidar é socialmente atribuída às mulheres, podendo, por isso, ser consideradas como cuidadoras. Neste contexto, os resultados apresentados não diferem dos aspectos culturais da funcionalidade da família de um doente crônico na população não indígena (OLIVEIRA W et.al., 2012).

Silveira, Calda e Carneiro (2006) afirmam que a escolha do cuidador familiar segue a seguinte dinâmica: parente próximo como cônjuge, seguido pelos filhos (predominantemente do sexo feminino); proximidade física, quem convive no mesmo domicílio e ter proximidade afetiva estabelecida pela relação conjugal ou parental. No estudo de Marroni (2005), os cuidadores indígenas da etnia Kaingang eram representados pelas mulheres, como a esposa e a filha na sua maioria, que residiam na mesma casa e desenvolviam atividades de cuidar no domicílio. Esses resultados são semelhantes aos encontrados nesta investigação, cujo apoio oferecido como forma de cuidados, promovidos pelos familiares dos índios da etnia Mura com DCNT, aparece com uma frequência maior para as filhas que vivem no mesmo domicílio, seguidas do cônjuge, sendo esses seus familiares cuidadores.

Em uma pesquisa com nativos americanos das Planícies Norte e Sudoeste do Estado de Dakota- Estados Unidos da América, constatou-se que algumas regras devem ser respeitadas para que alguém possa ser cuidador familiar: preferencialmente mulheres jovens, que participem de eventos nativos e sejam conhecedoras das práticas tradicionais de cura (GOINS et al., 2011).

Estudo de Chary e colaboradores (2012), com os indígenas na Guatemala, mostrou a importância dos membros familiares de indígenas no tratamento da DCNT, como a Diabetes do tipo II, evidenciando ainda que o apoio oferecido pelos familiares era para o encorajamento de seguir a dieta saudável e lembrar de tomar medicamentos no domicílio, promovido pelos filhos e esposas para os pacientes do sexo masculino. Esses achados apresentam semelhança com este estudo nos aspectos de lembrar de tomar medicamentos e o envolvimento dos filhos e esposa na questão do cuidado aos índios idosos.

Quanto à dimensão emocional, a maior representação foi pela demonstração de amor, através de gesto de carinho por algum membro da família (83,8%), atenção para ouvir quando era necessário (60,6%), e contar com alguém de confiança (60,6%) para relatar as dificuldades a respeito da DCNT e os problemas diários no domicílio. Esse apoio é fundamental à pessoa com DCNT porque oferece afeto e ajuda ao compartilhar o sentimento de angústia, preocupação, estresse, além de possibilitar conversar com alguém em quem confia para expressar os seus sentimentos abertamente, com o intuito de ajudar a ganhar domínio sobre a situação vivenciada (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

No que remete aos membros familiares como provedores de ajuda na dimensão emocional aos índios, registrou-se que eram, na sua maioria, representados pelas filhas (30,8%), esposas (10,1%) e filhos (26,3%). As filhas e esposas ofereciam ajuda voltada a ouvir as dificuldades relacionadas às preocupações com a DCNT e as da vida cotidiana no domicílio. Vale ressaltar que as filhas eram, na sua maioria, as mais velhas, ou seja, primogênitais que os participantes do estudo relataram procurar para receber este tipo de apoio social. Quanto aos filhos, eles desempenhavam o papel de oferecer ajuda na demonstração de amor através de abraços, atenção e preocupação que eram, na sua grande parte, constituídos por crianças e adolescentes. Tais resultados corroboram os apresentados pelo estudo com populações não indígenas sobre apoio recebido pelas pessoas com HAS (TAVARES; SILVA, 2013).

De acordo com Nogueira e colaboradores (2009), as pessoas que não possuem apoio emocional têm maiores dificuldades de poder superar os problemas advindos do estresse. Nesse sentido, cabe registrar a importância da família como suporte no tratamento e no controle da DCNT, além da ajuda para superar as dificuldades vivenciadas do dia a dia.

Neste estudo, as atividades com que os índios procuram se distrair e se divertir junto com membros familiares como interação social positiva, na maior parte realizada junto aos filhos, correspondem a 67,2%. As atividades realizadas com os membros familiares eram assistir televisão juntos e conversar, como forma de poder esquecer os problemas relacionados às dificuldades do cotidiano e da própria DCNT.

No que tange à dimensão informação, se deu, principalmente, através da ajuda em aconselhamento frente aos problemas diários (59,1%). Outra forma relatada foi a informação e o esclarecimento da DCNT (7,1%), sendo que a maioria dos provedores desse tipo de ajuda eram as filhas (21,2%) e a esposa (7,6%). Faquinello, Marcon e Waidmann (2011) enfatizam que a resolução dos problemas pessoais pode ser facilitada pela confiança e proximidade entre os familiares. Cabe ao profissional de saúde respeitar a crença, a cultura da família e a pessoa com a DCNT, usando essas informações para ajudar na conduta do tratamento.

Assim, considerando o cuidado familiar relacionado às dimensões de apoio social oferecido à população estudada, evidenciou-se que era realizado, na maioria dos casos, pelas mulheres, como a filha, cônjuge ou companheiras. Por outro lado, o apoio financeiro era oferecido pelos homens (filhos e companheiros). Certamente, a

causa que leva o índio a tornar-se dependente de cuidados por parte da família, pode estar relacionada ao processo de envelhecimento somado com DCNT, passando a ter limitações impostas pela idade ou complicação da enfermidade e, assim, precisando de ajuda nas AVDs e AIVDs.

Silva, Langdon e Ribas (2013) constataram na sua pesquisa que a rede de apoio familiar tem maior integração no cuidado com os pacientes indígenas que sofriam de doenças crônicas, principalmente aqueles que conviviam com várias gerações de familiares e com grande número de pessoas residindo no mesmo ambiente, sendo que o apoio oferecido pelos parentes era voltado a compartilhar, por meio dos laços, à responsabilidade pelo cuidado com o doente. Esses achados vêm corroborar esta pesquisa, no que se refere à família extensa e ao apoio familiar oferecido pelos membros familiares.

6.6 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NAS AVDS E AIVDS PARA O AUTOCUIDADO DOS ÍNDIOS DA ETNIA MURA

Na pesquisa em questão, foram utilizados dois instrumentos validados e amplamente utilizados em estudos nacionais e internacionais: o índice de Barthel e a Escala de Lawton para avaliação do desempenho nas AVDs e AIVDs para o autocuidado dos índios com DCNT da etnia Mura. Esses dois instrumentos são recomendados pelo Ministério da Saúde, além de serem considerados satisfatórios através da comprovação da confiabilidade e a validade para a versão brasileira (BRASIL, 2006; MINOSSO et al., 2010; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002).

Quanto à CIF, ela foi utilizada como estrutura conceitual nesta investigação para os termos de deficiência, incapacidade e outros como função, estrutura, atividades, desempenho e capacidade, frequentemente utilizados na saúde funcional.

Em relação à avaliação das AVDs para o autocuidado dos indígenas da etnia Mura com DCNT, 80,8% dos entrevistados se apresentaram como independentes funcionais, sendo maior frequência para higiene pessoal (99%), o controle fecal (98,5%) e alimentação (98%). Esse desempenho pode ser justificado por ser uma atividade que não foi influenciada pelo processo de envelhecimento somado com a DCNT.

As AVDs podem ser capazes de traduzir a gravidade do processo de fragilização do indivíduo ou declínio funcional no idoso, que obedecem a uma sequência previsível e hierárquica como: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e até chegar a necessitar de ajuda para alimentar-se (MORAES, 2012). Outro fator importante a ser destacado é a própria DCNT, que pode levar à incapacidade funcional, como menciona Júnior, Oliveira e Silva (2014), pois os idosos com condição crônica têm o risco no desenvolvimento do comprometimento nas AVDs e AIVDs.

As AVDs podem ser afetadas com a presença de uma DCNT, conforme é citado no estudo com os indígenas da etnia Xerente de Rodrigues e Santos (2016), que após a descoberta da pressão alta, os índios tiveram limitações na realização das atividades diárias na aldeia, principalmente na plantação de alimentos para o seu consumo e, além dos sintomas da enfermidade, ocasiona incômodo no seu cotidiano. Conforme os autores ainda retratam, HAS e suas complicações geram o comprometimento na produtividade, na qualidade de vida e na sobrevivência das pessoas.

Em Recife, no Estado de Pernambuco, uma pesquisa com 164 idosos, residentes em cinco instituições de longa permanência, constatou que a AVD alimentação foi a que apresentou melhor desempenho para as doenças avaliadas. Os autores justificaram que este desempenho do item da AVD resultava por se tratar de uma atividade que não requer locomoção, exigindo assim pouca execução para ser realizada (DANTAS et al., 2013). Esse resultado, mesmo não sendo com a população indígena, corrobora esta pesquisa.

As AVDs para autocuidado através do índice de Barthel apresentaram dependência parcial (leve e moderada dependência) e total (severamente dependente) representada por 19,2% dos casos. Dos 198, que apresentam maior percentual de dependência funcional (parcial e total) nas AVDs, estas correspondem à atividade de subir e descer escada (22,7%), seguida por deambular (20,2%) e a transferência da cadeira para a cama (18,6%). Possivelmente, este resultado esteja relacionado à idade com a DCNT, por se tratar, na maioria, de idosos do sexo feminino. Importa registrar que a população estudada não apresentou dependência severa para AVDs no autocuidado.

O estudo de Goins e colaboradores (2005) com 126 participantes, sendo 64 brancos e 62 índios americanos na idade acima de 65 anos com Diabetes Mellitus, residentes na comunidade rural, mostrou que os idosos indígenas relataram limitações

para as atividades em vestir, andar, tomar banho e comprar nas AVDs e AIVDs, em comparação à população branca estudada.

Com relação às AIVDs para o autocuidado, 52% dos indígenas eram dependentes parciais e totais na Escala de Lawton. Dentre as AIVDs que apresentaram maior frequência dos 198 participantes do estudo, estão as atividades que requeriam ajuda parcial e as voltadas a não conseguir realizar trabalhos manuais domésticos (38,3%), arrumar a casa (35,9%) e lavar e passar a roupa (35,9%). Esses dados foram semelhantes ao estudo com população não indígena de Leite e colaboradores (2015), com 368 idosos da área urbana do município do Rio Grande do Sul, que constatou dependência para realização de pequenos trabalhos domésticos e lavar e passar roupa, através de AIVDs da Escala de Lawton.

A independência para AIVDs para o autocuidado foi representada por 48% dos participantes, sendo a atividade de conseguir tomar medicamento no horário certo (76,3%) e cuidar de suas finanças (75,8%) com maiores percentuais. Esses achados estão consoantes com a realidade estudada por Leite e colaboradores (2015), a qual mostrou independência para tomar medicamento no horário certo nas AIVDs.

Os resultados obtidos sobre a capacidade funcional nas AVDs e AIVDs mostraram que os indígenas com DCNT são na sua maioria independentes (48,0%), o que vem confirmar estudo de Barbosa e colaboradores (2014) com os idosos de uma população não indígena.

Em relação aos dados obtidos da capacidade funcional, apenas para a Escala de Lawton, 32,8% dos participantes da pesquisa eram dependentes para AIVDs. Possivelmente, esses resultados podem ser explicados pelo fato de que as AIVDs requerem maior integridade física e cognitiva, comparada às AVDs (FREITAS et al., 2012).

Nesta pesquisa, os indígenas que apresentaram incapacidade funcional para ambas as escalas avaliadas para as AVDs e AIVDs para o autocuidado (19,2%), possuíam características específicas, na sua maioria, como: idosos, sexo feminino, com nível de escolaridade até o ensino fundamental completo e com duas DCNTs. Minosso e colaboradores (2010) contribuem com essa discussão afirmando que os idosos com faixa etária mais elevada podem apresentar maior prevalência de incapacidade funcional. Por outro, as mulheres, por apresentar maior longevidade que os homens, podem correr risco de desenvolver a incapacidade funcional com maior frequência (NUNES et al., 2009).

Quanto ao aspecto da escolaridade, Rosa e colaboradores (2003) mencionam que os idosos com baixo nível de escolaridade têm probabilidade cinco vezes maior de dependência. Alves, Leite e Machado (2010) ressaltam ainda que a educação consegue determinar as vantagens para a saúde porque influencia diretamente nos fatores psicossociais e comportamentais, sendo que a pessoa com maior formação tem menos risco de se expor a fatores de risco para a doença.

No estudo de Barbosa e colaboradores (2014), identificou-se que os fatores associados à incapacidade funcional nas ABVDs e AIVDs dos participantes para dependência foram devido ao fato de se tratar de pessoas com idade acima de 75 anos, sem companheiro, que tiveram AVE, Doença cardíaca e Diabetes Mellitus. Esses resultados são semelhantes para a questão da idade, neste estudo, para incapacidade funcional na AVDs e AIVDS, em ambas as escalas avaliadas, diferindo apenas na situação conjugal, pois os indígenas eram casados e as DCNTs presentes eram a HAS e a DM.

Nesse contexto, a equipe de profissionais de saúde que presta serviços de assistência a essa população, principalmente o profissional Enfermeiro, precisa identificar as pessoas com DCNT e realizar a avaliação da capacidade funcional nas AVDs e AIVDs para o autocuidado, além de realizar orientação necessária sobre a sua saúde. Assim, o indivíduo orientado sobre a sua condição de saúde e as suas limitações, frente às AVDs e AIVDs, pode ter uma participação mais ativa e se comprometer com o seu próprio cuidado.

6.7 ASSOCIAÇÕES DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO COM ÀS DCNTS SELECIONADAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Ao verificar a relação entre as variáveis do estudo com as DCNTs selecionadas, foram encontradas associações estatísticas entre dados demográficos, socioeconômicos, prática de autocuidado e o cuidado familiar.

Quanto às variáveis demográficas, socioeconômicas entre as DSCs nos índios da etnia Mura, elas mostraram que não houve associação. Vale destacar que os índios com DSC, mostraram maior frequência para faixa etária acima ou igual a 60 anos, sexo feminino, escolaridade até o ensino fundamental completo, com convívio marital, com religião referida, aposentado, com renda pessoal e familiar de 1 a 2 salários

mínimos. Estudo transversal de base epidemiológica na população de Goiana, realizado por Carnellosso e colaboradores (2010), menciona que a prevalência para DCV aumenta conforme a idade, ou seja, quanto maior a faixa etária, maior o risco para o desenvolvimento de enfermidade crônica, independentemente de outros fatores de risco.

Quanto ao sexo, as DSC afetam tanto homens como mulheres, sendo que, no sexo feminino, ocorre geralmente em idade mais avançada (MALETTA, 2016). Investigação realizada por Tavares, Coimbra Junior e Cardoso (2013), com os indígenas Suruí, apresentou mais casos de indivíduos com nível pressórico indicativo para HAS com níveis socioeconômicos inferiores e com maior frequência para mulheres, mas não tiveram diferenças estatísticas. Esses achados corroboram esta pesquisa quanto às variáveis socioeconômicas no aspecto de renda pessoal e familiar dos participantes que não evidenciaram associação estatística, como a HAS que faz parte das DSCs.

A análise realizada entre as DENMs e as variáveis demográficas identificou associação estatística para o sexo. Tal resultado possivelmente pode ser explicado por apresentar maior frequência para as mulheres nessa enfermidade crônica, enquanto as variáveis socioeconômicas não apresentaram associações estatísticas com as DENMs.

Ainda nas variáveis demográficas, socioeconômicas dos índios do estudo com DSOTCs, constatou-se associação para a variável idade em anos. Sabe-se que essa enfermidade tende a surgir após os 40 anos de idade (MALETTA, 2016), mas que aparece com maior frequência neste estudo para aqueles acima de 60 anos. Outro aspecto identificado foi a associação estatística da renda pessoal dos indígenas com as DSOTCs. De acordo com Cheever, Brunner e Suddarth (2016), as DCNTs ocorrem em todos os grupos socioeconômicos, sendo mais provável a incidência em pessoas provenientes de famílias de baixa renda e minorias¹⁹ étnicas, sendo esse último grupo representado pelos indígenas.

No que se refere aos antecedentes familiares e às DCNTs analisadas, observou-se que apresentaram associação estatística com as DENMs, enquanto as demais (DSCs e DSOTCs) não apresentaram. Estudo de Oliveira e colaboradores (2014), aborda o fator história familiar associado à prevalência de HAS nos indígenas

¹⁹ Refere a "grupo de pessoas cujas características físicas ou culturais são diferentes da cultura dominante da maioria das pessoas em uma sociedade" (CHEEVER, BRUNNER E SUDDARTH, 2016, pg.342).

da Aldeia Jaguapiru, em Dourado, Estado de Mato Grosso do Sul, o que diferiu dos achados desta pesquisa para o grupo das DSCs, sendo que dentre elas, identificou-se maior representatividade para HAS e, principalmente, questões que envolvem a hereditariedade.

Quanto ao conhecimento da DCNT, as DSCs apresentaram associação estatística para as categorias “sinais e sintomas” e a “etiologia”. Em relação às DENMs, revelaram associação estatística para “fisiologia” e “não ter conhecimento” da enfermidade crônica. O conhecimento da DCNT é de fundamental importância para a pessoa portadora da enfermidade, através da educação em saúde realizada pelos profissionais de saúde, com o objetivo de que a pessoa possa promover os seus próprios cuidados, além de ajudar na identificação de possíveis complicações advindas da doença.

O IMC não mostrou associação com as DCNTs selecionadas. Estudo de Rocha A e colaboradores (2011) com indígenas Kaingang e Guarani com idade de 40 anos ou mais, constatou associação da obesidade com a Síndrome Metabólica. Pesquisa de Oliveira e colaboradores (2014) com os índios da Aldeia Jaguapiru concluiu que a prevalência de HAS foi associada com a obesidade através de uma medida aferida e utilizando o IMC. Loyola-Sanchez (2016) apontam que o IMC foi associado significativamente a uma maior prevalência de reumatismo na comunidade rural de Chankon, Yucatán, México. Nota-se que, das DCNTs avaliadas, todas apresentaram maior frequência para a pré-obesidade, o que chama atenção principalmente para a questão da predisposição para obesidade neste grupo étnico.

Arruda e colaboradores (2015) apontam associação para autopercepção de saúde como “regular” para as DCV dos adultos da região Metropolitana de Maringá. Nessa investigação, a autoavaliação de saúde não teve nenhuma associação estatística com as DCNTs avaliadas. Esses achados certamente podem estar relacionados à percepção da saúde com sua condição de vida ou à sintomatologia e ao tratamento terapêutico da DCNT.

Os serviços de saúde no Brasil são utilizados, em sua maioria, por pessoas com alguma DCNT, quer seja através das consultas nas Unidades de saúde ou na busca por atendimento no âmbito Hospitalar. No presente estudo, considerando-se a questão de atendimento ambulatorial e hospitalar, a variável internação hospitalar por complicação da DCNT nos últimos 12 meses mostrou associação com os indígenas com as DSCs. Segundo a VI Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão, as

DCVs são as maiores responsáveis pela alta frequência de internações no SUS (SBC, 2010). Nesse aspecto, os índios Mura com DSC provavelmente procuram com maior frequência o atendimento hospitalar do município de Autazes devido à alteração ou complicação da DCNT, sendo que esses possivelmente são os que têm HAS e que fazem parte do grupo das DSCs.

Com relação aos hábitos alimentares dos indígenas da etnia Mura, o número de refeições diárias mostrou associação estatística entre as DSOTCs, já as demais DCNTs avaliadas não revelaram associação. Tal constatação pode possivelmente ser explicada pelo fato de a maioria dos índios dessa DCNT serem idosos, que têm uma tendência de realizar 3 a 4 refeições por dia através de hábitos, costumes e aspectos culturais que envolvem esse grupo étnico.

Estudo desenvolvido por Coca e colaboradores (2010), com 41 pacientes com HAS da Estratégia Saúde da Família de Dourados, Minas Gerais, evidenciou que o número de refeições dos participantes não mostrou associação estatística entre os sexos. Esse estudo, mesmo não sendo com população indígena, vem corroborar esta pesquisa, principalmente na questão que envolve o indivíduo que apresenta HAS fazendo parte do grupo das DSCs.

O consumo de frutas, legumes e verduras são grandes aliados no controle das DCNTs. Nesta investigação, constatou-se que o consumo desses alimentos não teve associação com as DCNTs selecionadas. Estudo de Marques e Silva (2015) não mostrou relação significativa entre o consumo de frutas e o risco para DCNT, o que vem corroborar esta pesquisa. Esses achados podem estar relacionados ao recebimento de orientações do Serviço de Saúde, sendo que, nesse grupo, a maioria é do sexo feminino, acima dos 60 anos e que procura mais a unidade de referência para o atendimento nas consultas do programa HAS. Além disso, a diminuição do consumo pode estar relacionada ao aspecto financeiro, ou mesmo ao comportamento, hábito e costume de não adquirir esses alimentos. Outro dado analisado como o consumo de carne, galinha de quintal e peixes, não mostrou associação com as DCNTs.

Quanto aos hábitos alimentares não saudáveis no estudo como consumo de refrigerantes, suco industrializado, doces, comida enlatada ou preparada, frituras e sal na refeição servida, as DCNTs analisadas não mostraram associação estatística. Certamente, esse resultado pode ser explicado pelo fato de que os indígenas estão

seguindo as recomendações dos profissionais de saúde, a fim de evitar possíveis alimentos que possam agravar a sua DCNT.

O tratamento da DCNT requer muitas vezes que a pessoa siga algumas restrições alimentares. Este estudo, através da análise, constatou que as variáveis “restrição de consumo de alimento gorduroso”, o “uso do sal nas refeições” e “não seguir nenhuma restrição alimentar” apresentaram associação com as DSCs. Esses achados possivelmente podem estar relacionados aos comportamentos dos indígenas de restringir alimentos que possam evitar o agravamento da sua condição de saúde. Por outro lado, observou-se que a variável “não segue nenhuma restrição alimentar” teve associação com as DENMs. Portanto, temos indícios de que o fato de seguir ou não a restrição alimentar influencia na ocorrência de DENMs.

No que tange à associação do hábito de tabagismo com as DCNTs analisadas neste estudo, elas não apresentaram associação estatística. Estudo de Rocha A e colaboradores (2011) identificou que a prevalência de Síndrome Metabólica não teve diferença estatística entre os indígenas com tabagismo. Oliveira G e colaboradores (2011) evidenciaram não haver associação entre os grupos de índios com e sem Diabetes Mellitus para o comportamento de tabagismo. Loyola-Sanchez (2016) apontaram que o comportamento de fumar não foi significativamente associado com prevalência para artrite reumatoide para índios da etnia Maya Yucoteca do município de Chankon, México. Esses achados vêm corroborar esta pesquisa por se tratar de DCNTs.

Em relação ao hábito e à frequência de etilismo, eles não apresentaram associação com as DCNTs selecionadas. Resultado diferente do encontrado na pesquisa de Oliveira e colaboradores (2014), que apresentou associação positiva estatisticamente significativa para a prevalência de HAS com o alcoolismo. Outro estudo com não-índio feito por Marques e Silva (2015) mostrou associação de etilismo com risco para DCNT.

Quanto ao hábito de vida relacionado ao exercício físico e à prática de esporte, neste estudo, não tiveram associação estatística entre as variáveis das DCNTs. Certamente, essa associação pode estar relacionada ao fato de os indígenas não terem hábitos de realizar prática de exercício físico e esporte, o que pode ser devido à limitação da própria condição de saúde, à falta de motivação para ser realizada a atividade e até mesmo à própria idade (acima dos 60 anos). Entretanto, constatou-se que essas atividades eram realizadas pelos índios mais jovens devido às

recomendações dos profissionais de saúde ou porque viam o esporte como forma de lazer. Assim, faz-se necessário reafirmar a importância das orientações para a realização dessas atividades por parte dos Profissionais de Saúde do Polo-base a esses grupos étnicos, devendo ser uma abordagem individual que avalie cada caso para as devidas orientações.

Em respeito ao tratamento terapêutico, evidenciou-se a adesão aos medicamentos prescritos por profissional de saúde no tratamento das DCNTs avaliadas, sendo que se identificou associação estatística para a quantidade de medicamentos utilizada diariamente com as DCNTs selecionadas. Apenas as DSCs apresentaram associações estatísticas com o uso de medicamento. Pesquisa de Rocha A et al. (2011) mostrou associação significativa do uso de medicação cardiovascular com a Síndrome Metabólica. Certamente, essa influência pode ser atribuída ao fato de os indivíduos aderirem aos medicamentos prescritos e, por terem mais de uma DCNT, a quantidade de consumo de medicamento será maior.

Em relação à prática de autocuidado realizada pelos indígenas, os resultados mostraram associação nas categorias “Dieta/Alimentação” e “Comportamento” com as DSCs. Outra DCNT que teve associação estatística foram as DSOTCs com a categoria conforto. A DENM teve associação estatística com a categoria de não realizar nenhuma prática de autocuidado. Esses achados podem estar diretamente relacionados às práticas de autocuidado voltadas para o comportamento da pessoa a fim de não ocasionar alteração, complicação da DCNT, bem como o alívio da sintomatologia.

Outro aspecto identificado para não realização da prática de autocuidado pode estar relacionado com a DCNT, que não apresenta sintomas, e o abandono do tratamento por não conseguir se adaptar às mudanças impostas pela enfermidade. Os profissionais da Atenção Básica, como médicos e enfermeiros que acompanham com maior frequência os doentes crônicos, devem estar preparados para conhecer os fatores de risco relacionados com a alimentação e realizar as orientações sobre alimentação saudável para adequar o controle metabólico e evitar possíveis complicações (BRASIL, 2014c).

Quanto às dificuldades na realização do autocuidado, identificou-se não haver relação entre as DSCs e DSOTCs. As DENMs tiveram associação estatística com a categoria “aspectos emocionais e comportamentais”. Estudo de Oliveira N e colaboradores (2011), com 16 usuários com DM, relatou a dificuldade de seguir a

adesão quanto aos hábitos alimentares prescritos pelos profissionais de saúde. Essa investigação, mesmo não se tratando de população indígena, vem contribuir para esta pesquisa. Os resultados apresentados podem estar diretamente ligados ao comportamento em relação aos hábitos alimentares através da dificuldade de seguir uma recomendação orientada pela equipe da Atenção Básica.

Com relação às orientações de autocuidado recebidas, elas apresentaram maior frequência para “Dieta/Alimentação” para as DCNTs avaliadas associação estatística entre as DSCs e DENMs. Provavelmente, esse resultado pode ser devido às orientações recebidas serem mais frequentes para os comportamentos em relação à dieta, mas fica evidente ser necessário ampliar essa educação aos indivíduos sobre a assistência para que se possa realizar uma orientação de forma holística, atendendo a todos os aspectos que possam contribuir para o tratamento e o controle da DCNT. É importante que as orientações sobre alimentação saudável às pessoas crônicas sejam culturalmente aceitáveis e dentro das possibilidades financeiras das pessoas, além da negociação do profissional de saúde e do indivíduo frente às práticas desejáveis de alimentos (BRASIL, 2014c).

6.8 ASSOCIAÇÕES DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS AVDS E AIVDS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A análise para as variáveis relacionadas às AVDs e AIVDs dos participantes do estudo foi realizada para associação com os seguintes dados: demográficos, socioeconômicos, DCNTs, prática de autocuidado e cuidado familiar através das dimensões do apoio social. Os achados neste estudo serão discutidos com outras pesquisas ou serão mencionadas contribuições quando não puder comparar com os estudos na temática. Cabe aqui registrar que não foram encontrados artigos e estudos científicos com população indígena que utilizaram o índice de Barthel e a Escala de Lawton para avaliar AVDs e AIVDs na avaliação da capacidade funcional ao indivíduo com DCNT.

As AVDs e AIVDs são indicadores mais frequentes utilizados para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. As AVDs correspondem às atividades voltadas para o autocuidado como alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário, banho, vestimenta, deambulação, subir escada, transferência da cadeira para cama e o

controle esfinteriano. Enquanto que as AIVDs têm o envolvimento com o autocuidado e de participação social, sendo essas mais complexas como usar o telefone, fazer compras, tomar medicamento, preparar as refeições, ir a locais distantes e realizar tarefas domésticas.

Ao verificar os dados analisados, consta que, quanto ao grau de dependência nas AVDs e AIVDs, os indígenas da etnia Mura com DCNT eram, na sua maioria, compostos por idosos, sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, com convívio marital, com religião referida, aposentado, com renda pessoal e familiar de um a dois salários mínimos.

No que se refere às variáveis demográficas, socioeconômicas e ao nível de dependência para AVDs, constatou-se associação estatística para idade em anos e a escolaridade. Não foi encontrada associação para as variáveis “sexo”, “convívio marital”, “tem religião”, “situação ocupacional” e “renda pessoal e familiar”. Enquanto que a análise para o nível de dependência das AIVDs entre as variáveis demográficas e socioeconômicas, apresentou associação em “idade em anos”, “escolaridade”, “situação ocupacional”, “renda pessoal e familiar”, sendo que não teve associação com o “sexo”, o “convívio marital” e “tem religião”.

Quanto aos aspectos da idade, Alves e colaboradores (2007) e Júnior, Oliveira e Silva (2014) ressaltam que o idoso com DCNT pode ter uma grande probabilidade de ter um maior comprometimento na capacidade funcional através da realização das AVDs e AIVDs, podendo assim ocasionar maior vulnerabilidade e dependência do indivíduo, levando ao comprometimento do seu bem-estar e da qualidade de vida. Virtuoso Júnior e Guerra (2011) ressaltam que à medida que aumenta a idade cronologicamente, há uma grande chance para que ocorra dependência funcional no indivíduo para AVDs e AIVDs, podendo ainda agravar a sua condição de dependência com a presença de uma DCNT.

Júnior, Oliveira e Silva (2014) examinaram a associação entre dependência funcional nas AVDs e AIVDs com as variáveis sociodemográficas em idosos do município de Japi, Rio Grande do Norte, e os resultados apontaram que não houve associação estatística entre idade, sexo, estado civil e a renda familiar. Machado e Vieira (2015) desenvolveram estudo com 346 idosos do município de Guarapuava, Paraná, e identificaram associação estatística entre as variáveis sexo, renda e faixa etária com AVDs, além de também apresentar associação com escolaridade e local de trabalho com AIVDs. Duca, Silva e Hallal (2009) não evidenciaram, na sua

pesquisa, associação com as AVDs com as seguintes variáveis: gênero, situação conjugal e nível de escolaridade. Os achados nesses três estudos diferem dos resultados deste estudo, sendo com população não indígena e se tratando de idosos, sendo que apenas a associação estatística da variável escolaridade com as AIVDs vem corroborar.

Rosa e colaboradores (2003) apontam que fatores como “escolaridade”, “situação ocupacional” se associaram de modo independente com a “incapacidade moderada/grave” nos idosos. Os autores retratam que esses fatores podem influenciar a capacidade funcional em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Possivelmente, os dados encontrados neste estudo sobre o grau de dependência nas AVDs e AIVDs parecem estar intimamente relacionados aos aspectos do processo de envelhecimento com a DCNT, enquanto o baixo nível de escolaridade e renda pessoal e familiar podem estar sendo influenciados pelas condições de vida e saúde.

Virtuoso Júnior e Guerra (2011) mencionam que, quanto maior for o nível de escolaridade, menor são as chances de o indivíduo apresentar dificuldades na realização das AIVDs e que, as pessoas com baixa condição financeira possuem maior probabilidade de serem dependentes nessas atividades. Santos e Cunha (2014) ressaltam que o baixo nível de instrução escolar pode influenciar diretamente no desempenho das AIVDs, principalmente nas atividades como o uso de transporte, tomar medicamentos no horário e o uso correto da dosagem, bem como lidar com as finanças. Os autores afirmam ainda que a ausência dessas tarefas tem uma relação direta com a perda da autonomia e o isolamento social. Assim sendo, muitas vezes, esses comportamentos podem tornar o indivíduo dependente até para decidir o que deve ou não fazer e como será seu desempenho em sua vida social.

Estudo de Alves e colaboradores (2007) ressalta que as doenças crônicas apresentaram uma forte influência na capacidade funcional do idoso, sendo mais que o dobro para presença de dependência nas AVDs e AIVDs. Dentre as DCNTs evidenciadas, que apresentaram maiores efeitos, estão a doença cardíaca e pulmonar, HAS e a artropatia. Assim, neste estudo, as variáveis das DCNTs classificadas através dos capítulos da CID-10 entre o grau de dependência nas AVDs e AIVDs, não mostraram associação estatística.

Na pesquisa de Moss e colaboradores (2004) com os 90 idosos da tribo Zuni na região Sudoeste do Novo México, ressalta-se que os fatores associados às limitações nas AVDs incluem a idade avançada, número de doença crônica, maior

utilização dos serviços de saúde, o exercício físico menos frequente e a debilitação da sua condição de saúde.

Quanto à análise da associação entre a autoavaliação de saúde e o grau de dependência para AVDs e AIVDs, os resultados mostraram que houve associação estatística apenas para as AVDs e ainda não teve relação com as AIVDs. Pesquisa de Cardoso e colaboradores (2012), que buscou analisar a relação entre a necessidade de auxílio para as atividades de vida diária de idosos do município de Porto Alegre com a autopercepção de saúde e doenças crônicas degenerativas, mostrou um estado funcional diminuído dos participantes por enfermidade crônica frente à realização das AVDs, sendo esse o fator limitante para sua autonomia e independência, além de constatar como autoavaliação de saúde como “má” ou “péssima”. A autopercepção de saúde apresentou associação significativa com as atividades de casa, tomar remédio, higiene e movimentar-se, sendo essa algumas das AVDs e AIVDs. Esses achados corroboram esta pesquisa quanto às AVDs avaliadas nesse grupo de idosos, sendo que a autoavaliação de saúde dos indígenas neste estudo parece ser influenciada pela presença de DCNT e a idade, que podem favorecer limitações nas atividades de autocuidado. Nunes, Barreto e Gonçalves (2012) concluíram, na sua pesquisa, que quanto maior o comprometimento na realização das AVDs, maior a probabilidade de o indivíduo idoso avaliar a sua saúde como “ruim”.

Com relação ao IMC e ao nível de dependência nas AVDs, nesta pesquisa não se identificou associação estatística. Moreira e Boas (2011) desenvolveram um estudo com 54 idosos institucionalizados e residentes do Asilo Padre Euclides de Botucatu/SP e apontaram, através do índice de Katz, que a dependência para as ABVDs, em 33,3% dos casos, esteve diretamente relacionada ao baixo peso. Os autores mencionaram os fatores que podem ter influenciado negativamente a capacidade funcional como o “analfabetismo”, “não ter moradia própria”, “não receber visita domiciliar” e “ter uma DCNT”.

Quanto ao IMC e ao nível de dependência para AIVDs, este estudo mostrou que houve associação estatística. Pode-se inferir que a classificação para a obesidade através do IMC pode estar relacionada ao grau de dependência nas AIVDs, sendo que estas atividades são mais adaptativas para uma vida independente na comunidade, como fazer compras, usar o telefone, ir a locais distantes e realizar tarefas domésticas. Esse fator pode estar relacionado às limitações físicas impostas

pela idade com DCNT, que conseqüentemente parece limitar a ficar mais tempo no domicílio.

Ao analisar o atendimento ambulatorial/hospitalar e o grau de dependência para AVDs e AIVDs, nota-se que esta pesquisa apresentou associação estatística na realização da consulta na unidade de referência com o nível de dependência para AVDs. Enquanto que as AIVDs não constataram nenhuma associação estatística. Infere-se que limitações funcionais nas AVDs podem ser o fator de impedimento para a realização de consultas, sendo que a deambulação ou mobilidade pode limitar esta tarefa, diferentemente do indivíduo independente nas AVDs, que passa a apresentar maior frequência nessas atividades.

Estudo de Pinto e Neri (2013), com 2.472 idosos acima de 65 anos, constatou que o número médio de DCNTs foi maior entre as mulheres em comparação com homens, além de apresentar diferença estatística. Diferente deste estudo, em que não foi encontrada associação estatística para o número de DCNTs dos indígenas com o grau de dependência nas AVDs e AIVDs. Apesar de não haver comparação entre os sexos, o estudo anterior mencionado com população não indígena vem corroborar esta investigação no que se refere a ser mais frequente para as mulheres e a idade avançada com uma ou duas DCNTs. Outra pesquisa desenvolvida por Silva e colaboradores (2011) identificou que quanto maior for o número de DCNT, será mais frequente a sua associação ao comprometimento funcional nas AVDs e AIVDs.

Quanto aos hábitos alimentares analisados da associação entre o nível de dependência nas AVDs e AIVDs, verificou-se que, das variáveis examinadas, apenas o consumo de frutas apresentou associação estatística. Contudo, pode-se inferir que o hábito de consumo de frutas pode influenciar na capacidade funcional das AVDs e AIVDs, sendo que bons hábitos alimentares podem controlar e evitar complicações da DCNT. Entretanto, nos dados analisados sobre os hábitos alimentares não saudáveis, a restrição alimentar seguida entre o grau de dependência nas AVDs e AIVDs não apresentou associação estatística.

Neste estudo sobre o hábito de vida, observou-se a associação estatística entre o etilismo e o exercício físico com grau de dependência nas AIVDs. Essas características apresentadas podem estar relacionadas às atividades com participação social, sendo que o comprometimento nas AIVDs pode influenciar na não realização dessas tarefas. Outro aspecto observado está na questão do estilo de vida quanto às mudanças necessárias para não agravar a condição de saúde através da

ingestão de álcool, quanto à prática de exercício físico, os participantes não têm o costume ou estão impossibilitados, por complicação por DCNT, para a realização de tal atividade. Assim, pode-se considerar que a ingestão de álcool e a prática de exercício, mesmo com uma frequência menor, teve associação estatística com o grau de dependência nas AIVDs.

Quanto ao tratamento terapêutico com o nível de dependência nas AVDs e AIVDs, a pesquisa não mostrou associação estatística. Paiva e colaboradores (2014) identificaram, num estudo de corte transversal com 335 idosos, sendo 81 institucionalizados e 254 não institucionalizados no município de Barbacena do Estado de Minas Gerais, que o número de medicamento contínuo não mostrou diferença estatística para o grau de dependência nas AVDs através do índice de Katz. Virtuoso Júnior e Guerra (2011) evidenciaram que o uso de três ou mais medicamentos se mostrou associado às incapacidades na realização das AIVDs.

No que se refere à análise das práticas de autocuidado com nível de dependência nas AVDs e AIVDs, constatou-se que apenas a categoria “Dieta/Alimentação” e “não seguir nenhuma prática de autocuidado” apresentaram associação estatística com o grau de dependência nas AVDs. Cabe mencionar que não foram encontradas justificativas para a categoria “Dieta/Alimentação” com o grau de dependência nas AVDs e AIVDs. Entretanto, observou-se uma influência entre a prática exercida para o comportamento de evitar alimentos a fim de não agravar a sua DCNT ou não seguir nenhuma prática de autocuidado sobre a capacidade funcional.

Com relação às dificuldades no autocuidado relatadas pelos participantes do estudo, elas mostraram associação estatística com os aspectos financeiros, físicos e não têm dificuldades com o grau de independência nas AVDs. As características econômicas “como adquirir alimentos” e “realizar tratamento de saúde da DCNT” parecem ter influência nas AVDs para o seu comprometimento funcional. Outro aspecto da dificuldade está relacionado à locomoção ocasionada pela complicação da DCNT, sendo que essa causa pode comprometer a realização do autocuidado nas AVDs. Não ter dificuldade no autocuidado pode estar intimamente ligado às AVDs. Assim, percebe-se que os “aspectos financeiros”, “físicos” e “não ter dificuldades” podem influenciar na capacidade funcional nas AVDs.

A orientação recebida para o autocuidado pelos profissionais de saúde não apresentou associação estatística com o grau de dependência nas AVDs. Entretanto, para as AIVDs, notou-se associação com a categoria de Dieta/Alimentação.

Possivelmente, a orientação recebida sobre os comportamentos em relação à dieta pode indicar grande influência sobre a independência funcional nas AIVDs dos indivíduos com DCNT.

Em relação à dimensão de apoio social, a dimensão instrumental e material oferecida pelos familiares apresentaram associação estatística com o grau de dependência nas AIVDs. Essas características de associação podem ser explicadas por atividades sociais como fora do domicílio e a ajuda financeira recebida dos familiares, podendo esses serem os influenciadores para independência funcional nas AIVDs.

6.9 ASSOCIAÇÕES DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CUIDADO FAMILIAR DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As variáveis relacionadas ao cuidado familiar através dos participantes do estudo foram analisadas para a associação com as variáveis demográficas, socioeconômicas, domicílio, condições de saúde, práticas de autocuidado. O cuidado familiar, neste estudo, está envolvido na natureza do cuidado através da dimensão do apoio social promovido pela família nos cuidados aos indígenas com DCNT no domicílio, ou seja, apoio instrumental, emocional, informacional, material e a interação social positiva.

Em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas na análise das dimensões de apoio social, constatou-se que houve associação estatística entre a “idade em anos” e a “escolaridade” com a dimensão de apoio emocional e a interação social positiva. Portanto, pode-se considerar que a idade em anos tem grande influência para a percepção de apoio emocional e a interação social positiva promovida pelos familiares, principalmente para o idoso indígena que apresenta maior frequência através de atividades de demonstração de amor, ouvir quando necessita, falar sobre os problemas da DCNT ou do cotidiano, além do fato de fazer companhia para distrair ou se divertir junto.

Estudo de Richmond, Ross e Egeland (2007), com os indígenas canadenses, mostrou que a idade foi um determinante vital de saúde próspera (resposta às adversidades) com as dimensões para todos os tipos de apoio social. As mulheres apresentaram diferença estatística em comparação aos homens, sendo mais frequente o apoio emocional, a afetividade e a intimidade. A pesquisa evidenciou ainda que a idade pode proporcionar maior apoio social aos indivíduos jovens do que às pessoas com mais idade, além das mulheres tenderem a requerer mais apoio emocional que os homens.

A variável escolaridade apresentou a associação estatística com as dimensões de apoio emocional e interação social positiva. Essa associação, aparentemente, pode ser explicada pelo fato de os indivíduos com baixo nível de escolaridade poderem requerer mais apoio por parte da família, ao contrário dos que têm mais instrução escolar. Neste estudo, as variáveis “sexo”, “convívio marital”, “tem religião”, “situação ocupacional”, “renda pessoa e familiar” não apresentaram associação estatística com as dimensões do apoio social.

Com relação à variável relacionada ao domicílio, constatou-se que ela apresentou associação estatística com o arranjo familiar entre a dimensão instrumental e a interação social positiva. Essas associações sugerem que o arranjo familiar de estar sozinho ou não acompanhado no domicílio influencia no apoio instrumental oferecido pela família ao indivíduo com DCNT, além da interação social positiva através dos parentes se relacionarem mais quando estão acompanhados, para terem momentos de distração e lazer.

Para Santos e colaboradores (2011), a família que promove apoio aos seus membros em situação de doença pode compreender as modificações necessárias para sua condição de saúde, além de poder realizar os ajustes necessários para garantir o suporte oferecido, facilitando assim, a adesão ao tratamento, a recuperação e/ou a melhoria da sua saúde.

A variável número de moradores apresentou associação estatística com a dimensão instrumental. Considerando a relação entre as variáveis, pode-se inferir que quanto maior o número de integrantes no domicílio, maior será a possibilidade de apoio instrumental pelos membros familiares aos indígenas com DCNT. Assim, o número de integrantes na família pode ser um apoio ao familiar com DCNT para o compartilhamento das tarefas, nos cuidados e no domicílio.

A pessoa com DCNT pode requerer apoio social por parte dos seus familiares para o controle, atenção, auxílio nas atividades domiciliares e nos cuidados pessoais. No estudo em questão, a análise de associação entre as DCNTs e as dimensões do apoio social constatou a associação estatística das doenças do olho e anexos com a interação social positiva, além das doenças do sistema nervoso que se associaram com a dimensão material. Portanto, as DCNTs parecem ter influenciado o apoio oferecido pelos parentes através de atividades que buscam distração, lazer e ajuda material como alimento e dinheiro.

No que se refere às variáveis de atendimento ambulatorial/hospitalar, prática de autocuidado, dificuldades no autocuidado e as dimensões de apoio social, promovidas pelos familiares aos indígenas, não apresentaram associação estatística.

Assim, os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, necessitam conhecer as dimensões do apoio social promovido pelos familiares dos indígenas da etnia Mura com DCNT, para que possam planejar cuidados envolvendo a sua família e as orientações para manejo da enfermidade crônica dentro do contexto cultural no domicílio.

7. Conclusão

7 CONCLUSÃO

A realização deste estudo acerca das práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura com DCNT permitiu concluir sobre os resultados apresentados.

Em relação às características demográficas, socioeconômicas, ocupacionais e domicílio, observou-se que houve um predomínio das mulheres com média de idade de 59 anos, casadas, evangélicas, baixo nível de escolaridade, aposentadas, fonte de renda para quem mantinha vínculo empregatício de agricultora, beneficiária do bolsa família, renda pessoal e familiar de um a dois salários mínimos, naturalidade da área rural da cidade de Autazes do Estado do Amazonas, residindo em casa própria, com média de quatro compartimentos e cinco moradores no domicílio, tais como filhos, netos, cônjuge ou companheiro.

Quanto à condição de saúde, a HAS foi a mais referida das DCNTs para os antecedentes familiares, e o grau de parentesco foram os parentes de primeiro grau como o pai em primeiro e, em segundo, a mãe. Das DCNTs, maior frequência foi para a HAS e o tempo de diagnóstico referido, em média, foi de sete anos. A prevalência foi de 36% para a população adulta da etnia Mura, cadastrada no Polo-base Pantaleão. A média do número de DCNT foi de dois. A grande parte não soube informar sobre a sua DCNT. A autoavaliação de saúde referida pela maioria foi de regular. O IMC correspondeu a eutrófico, seguido por sobrepeso. A maioria realiza consulta na unidade de referência em uma média de uma vez por mês. Nesta amostra, grande parte informou que não ficou internada no hospital por complicação da DCNT nos últimos 12 meses, e apenas um percentual menor referiu ter ficado, em média, uma vez internado no hospital por alteração da sua enfermidade crônica.

Na prática de autocuidado relacionada ao hábito alimentar, observou-se que o número de refeições foi de três a quatro vezes por dia na sua maioria, consumo de frutas em uma frequência de três a quatro vezes por semana. Em relação ao consumo de verduras e legumes, grande parte os consumia diariamente. O consumo de carne foi referido pela maioria com uma frequência de uma a duas vezes por semana. Quanto ao consumo de frango, foi referido por 88,4% que consumiam este alimento e com uma frequência de três a quatro vezes por semana pela grande parte dos

entrevistados. A maioria relatou que não consumia galinha de quintal. No que diz respeito ao consumo de peixes, grande parte consumia todos os dias. Quanto ao consumo de carne silvestre, a maioria referiu não consumir esse tipo de alimento.

No que se refere aos hábitos alimentares não saudáveis, constatou-se que a maioria consumia refrigerantes. Quanto ao consumo de suco industrializado, doces, comida enlatada ou preparada, a maioria relatou que não consumia. Em relação ao consumo habitual de frituras, a grande parte relatou o uso de alimentos fritos. A restrição alimentar faz parte dos relatos da maioria, principalmente na restrição do uso de sal na refeição e dos alimentos com gorduras.

Quanto ao hábito de vida como prática de autocuidado, demonstrou-se que a maioria não é tabagista e etilista. Em relação à prática de exercício físico e esportes, grande parte referiu não realizar essas atividades.

Com referência ao tratamento terapêutico, verificou-se que a maioria é aderente aos medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde para o tratamento da sua DCNT, com início da terapia de igual ou acima de cinco anos, fazendo uso de um medicamento por dia e com uma predominância dos fármacos que atuam no sistema circulatório.

Com relação às práticas de autocuidado referidas, verificou-se, como mais citadas pela maioria, as categorias de alimentação e medicação. Não ter dificuldades no autocuidado apresentou maior frequência. Orientação recebida sobre autocuidado, houve maior percentual para categoria Dieta/Alimentação, e o profissional mais referido foi o médico.

Quanto ao cuidado familiar através das dimensões do apoio social, a dimensão instrumental e emocional demonstrou-se mais frequente, promovida pelos familiares, tendo como provedores as filhas, seguidas pelos cônjuges.

Com relação aos cuidados promovidos pelos familiares no domicílio, constatou-se com maior frequência a atividade de preparação de refeição, lavar e passar roupa, limpar a casa, e fora do domicílio, pagar conta e receber provento no banco, além de fazer compra do mês.

Na amostra estudada, quanto ao desempenho nas AVDs para o autocuidado através do índice de Barthel, a maioria classificou-se com nível de independência funcional, porém na análise com percentual menor, apresenta ligeira dependência para a atividade de subir e descer escada, deambular e a transferência da cadeira para a cama.

Na avaliação das AIVDs através da Escala de Lawton, grande parte dos entrevistados demonstrou-se na classificação para dependência funcional, e os domínios com o grau de comprometimento foram os trabalhos manuais domésticos, arrumar a casa e lavar e passar roupa.

Quanto à capacidade funcional na avaliação das AVDs e AIVDs, evidenciou que a maioria é independente funcional.

Com relação às DCNTs selecionadas dos participantes do estudo, observou-se que houve associação estatística entre as DSCs com a categoria de sinais e sintomas e a etiologia para o conhecimento da DCNT, a internação hospitalar nos últimos 12 meses, a categoria de restrição no consumo de alimento gorduroso, no uso de sal na refeição já servida e não seguir nenhuma restrição alimentar, o medicamento, a quantidade de medicamento utilizado por dia, a prática de autocuidado relacionado dieta/alimentação e o comportamento, a categoria de dieta/alimentação nas orientações recebidas sobre o autocuidado.

As DNEMs apresentaram associação estatística com o sexo, antecedente familiar, a categoria fisiologia e não ter conhecimento de sua DCNT, o consumo de frango, não seguir nenhuma restrição alimentar, a quantidade de medicamento utilizado por dia, a categoria não segue nenhuma prática de autocuidado, os aspectos emocionais e comportamentais para as dificuldades no autocuidado, a categoria dieta/alimentação para as orientações recebidas sobre o autocuidado.

Associações estatísticas ocorreram entre as DSOTCs com a idade em anos, a renda pessoal, o número de refeições por dia, a quantidade de medicamento utilizado por dia e a categoria conforto na prática de autocuidado.

Quanto à análise de associação nas AVDs, verificou-se que apresentaram associação estatística com a idade em anos, a escolaridade, a autoavaliação de saúde, a consulta na unidade de referência, o consumo de frutas nas questões de hábito alimentar, a categoria de não realiza nenhuma prática de autocuidado, a categoria de aspectos financeiros, físicos e não ter dificuldades no autocuidado.

Em relação às AIVDs, apresentou associação estatística com a idade em anos, escolaridade, situação ocupacional, renda pessoal e familiar, IMC, consumo de frutas para o hábito alimentar, hábitos de vida como etilismo e o exercício físico, categoria dos aspectos físicos para as dificuldades no autocuidado, a categoria dieta/alimentação nas orientações recebidas sobre o autocuidado, instrumental e material nas dimensões do apoio social promovidos pelos familiares.

Sobre a análise de associação do cuidado familiar através das dimensões do apoio social, verificou-se que apresentou associação estatística entre a dimensão instrumental com o arranjo familiar e o número de moradores no domicílio. Em relação à dimensão emocional, houve associação estatística com idade em anos e a escolaridade. Quanto à dimensão material, evidenciou associação estatística com as doenças do sistema nervoso. No que tange à dimensão de interação social positiva, apresentou associação estatística com idade em anos, escolaridade, arranjo familiar e doenças dos olhos e anexos.

8. Considerações Finais

“Quero que o mundo respeite o povo indígena, que nos deixem viver em paz, sem represas”

Raoni

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar as práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios da etnia Mura, cadastrados no Polo-base Pantaleão da área urbana do município de Autazes do Estado do Amazonas. Os resultados encontrados possibilitaram realizar algumas considerações, além de apontar alguns aspectos sobre a metodologia dos achados encontrados e a contribuição científica para a área da saúde, particularmente na Enfermagem.

A escolha da metodologia deu-se pela importância para as descobertas e a análise dos resultados, além da utilização do formulário que proporcionou investigar as características dos participantes do estudo frente aos objetivos propostos. Quanto ao desempenho nas AVDs e AIVDs, foram utilizados dois instrumentos que foram contemplados para o desempenho funcional para o autocuidado dos entrevistados através do índice de Barthel e a Escala de Lawton. Esses dois instrumentos podem ser incluídos como ferramentas para os profissionais de saúde, ou seja, na unidade de saúde ou na visita domiciliar para uma avaliação detalhada a respeito da capacidade funcional dos índios com DCNT.

Em relação aos resultados da pesquisa, no que tange às práticas de autocuidado, observou-se que os indígenas desenvolvem o seu próprio cuidado no controle ou tratamento da sua DCNT, sendo necessárias orientações mais específicas sobre a sua condição de saúde, além das questões sobre o hábito alimentar e de vida dentro de um contexto cultural. Podem ainda ser incentivados para os comportamentos que possam incluir as práticas regulares de exercício físico, dentro das peculiaridades que envolvem cada indivíduo. Além do processo educacional contínuo realizado pelos profissionais de saúde através da educação em saúde na unidade ou no domicílio através do processo dialógico de troca de saber entre o sujeito e o profissional, para que juntos possam favorecer um aprendizado mútuo e o cuidado mais competente. Em outro aspecto, a questão a ser levantada é de que a população seja vulnerável a morbidades devido às condições de vida, as quais podem influenciar o processo saúde/doença. Assim, conhecer as práticas de autocuidado poderá ajudar os profissionais de saúde na elaboração de novas abordagens no tratamento e acompanhamento para a promoção e prevenção aos indivíduos com DCNT.

No que se refere aos déficits de autocuidado dos índios da etnia Mura com DCNT, a pesquisa mostra que a maioria não apresentava limitações para a realização do seu próprio cuidado, mesmo com uma condição crônica. Assim, destaca-se a importância dos profissionais de saúde, sobretudo do Enfermeiro, na identificação e reconhecimento do déficit de autocuidado dos indivíduos sobre a sua assistência, principalmente dos indivíduos com DCNT, podendo intervir para a sua melhoria.

Em relação aos cuidados no contexto familiar dos índios com DCNT no desempenho das AVDs e AIVDs, percebeu-se que os indígenas eram, em sua maioria, independentes funcionais nas AVDs, não requerendo apoio por parte dos familiares, diferentemente nas AIVDs, que necessitavam de ajuda na realização de algumas atividades no domicílio e fora do ambiente domiciliar. Os provedores de cuidados eram, na maioria, familiares que residiam com os índios, representados pelas filhas, cônjuges e companheiros envolvidos nesse cuidado, sendo esses os seus cuidadores familiares.

A respeito do cuidado familiar através da natureza de quem ajuda, neste estudo foi descrito através das dimensões do apoio social promovido pelos familiares aos indígenas. Constatou-se que grande parte recebia apoio social na dimensão instrumental e emocional por parte dos familiares. Desse modo, faz-se necessário afirmar que todas as formas de apoio social, promovidas pelos familiares aos indivíduos com DCNT, são importantes para o seu tratamento. Assim, os profissionais de saúde precisam conhecer o suporte familiar, por parte da família, aos indivíduos com DCNT que estão sob a sua assistência, para que possam conhecer a dinâmica da família, buscando fortalecer essa parceria no enfrentamento das dificuldades advindas da própria condição crônica.

Diante das questões abordadas no estudo, reconhecemos a importância de os profissionais de saúde do Polo-base Pantaleão conhecer as peculiaridades que envolvem o indígena com DCNT, principalmente as questões que envolvem as práticas de autocuidado e do cuidado familiar, com o intuito de ter bases concretas para o planejamento de ações voltadas para esses povos. Essas ações devem estar pautadas no princípio de atenção diferenciada para as práticas de intervenções, respeitando as atividades culturais e os saberes tradicionais, buscando de forma mais efetiva atender aos objetivos propostos pela PNASPI.

Outro fator a ser considerado é a carência de estudos que abordam o tema da pesquisa, principalmente as práticas de autocuidado, o cuidado familiar e o

desempenho funcional dos indígenas com DCNT. Assim, compreende-se que existe um vasto campo de pesquisa para quem quer desenvolver investigações sobre a saúde dos povos indígenas e que possam preencher esta lacuna na área científica.

Com relação às limitações potenciais do estudo, podem ser consideradas: 1) Amostra do estudo que se limitou aos índios da etnia Mura, cadastrados no Polo-base Pantaleão e serem residentes na área urbana do município de Autazes, conseqüentemente, não abrangendo toda a realidade dos indígenas no município; 2) o estudo transversal não permite consequência de causalidade e efeito; 3) o hábito alimentar pode ser passível de viés nos relatos de determinados alimentos, por questões de memória, e a interferência no que diz respeito à alimentação adequada, por influência das orientações dos profissionais de saúde sobre o cuidado nas questões alimentares para evitar alteração da sua DCNT.

Apesar das limitações mencionadas, acreditamos que neste estudo os resultados foram importantes e de grande relevância nesse grupo étnico, por ser uma pesquisa inédita e inovadora.

Algumas dificuldades foram enfrentadas para o alcance deste estudo, como as várias recomendações do CONEP ao projeto de estudo e as novas submissões que eram realizadas para uma nova avaliação, além do parecer dos conselheiros nas reuniões, que aconteciam a cada dois meses, ocasionando demora para a autorização da coleta de dados. O pesquisador obteve aprovação no mês de fevereiro de 2016 para a realização da coleta de dados. Assim, necessitou de grande esforço para cumprir o prazo do curso de doutorado, que por consequência, finalizava no mesmo ano. Outra dificuldade a ser mencionada foi um documento protocolado no Ministério da Saúde de Manaus, com o objetivo de solicitar o número de cadastro dos participantes do estudo, além de informações sobre notificação e mortalidade das DCNTs nos anos de 2013-2014, que até o presente momento não se obteve resposta, sendo que a única solicitação do órgão foi que o pesquisador pudesse acompanhar o referido documento pelo SIAP on-line. Outras dificuldades também foram superadas no desenvolvimento desta pesquisa científica.

Portanto, os desafios impostos ao estudo com esses povos indígenas favoreceram ao pesquisador um grande conhecimento quando se trata de pesquisa envolvendo população especial, como é caso dos povos nativos. Por outro lado, conhecer uma realidade, que antes era desconhecida, foi de grande contribuição para uma aprendizagem tanto para vida pessoal como profissional. A oportunidade de

conhecer uma realidade e um contexto diferentes, o que essa pesquisa proporcionou com esse grupo étnico, principalmente nas particularidades culturais dos indivíduos com DCNT e os cuidados realizados, além do envolvimento da sua família no domicílio, será único e inesquecível.

Por fim, espera-se que diante dessa pesquisa acerca da temática deste estudo, novas investigações científicas com população indígena possam ser incentivadas, com o aprofundamento dos temas sobre as práticas de autocuidado, DCNT e a capacidade funcional, de forma independente ou em conjunto, para maior exploração deste aspecto, principalmente no contexto amazônico, por se tratar do maior território indígena do Brasil, que ainda necessita ser mais explorado cientificamente.

9. Referências

9 REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunitária**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, jan./dez. 2010. Disponível em:< <https://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/175/128>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ALFORD, V. M. et al. The use of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in indigenous healthcare: a systematic literature review. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 12, n. 32, p. 1-10, 2013. Disponível em:<<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-32>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1199-1207, jul./ago. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-11, maio 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO988.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

ANDERSON, I. et al. Indigenous and tribal peoples'health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **The Lancet**, London, v. 388, n. 10040, p. 131-157, jul. 2016.

ARAÚJO, C. L. O. **Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale do Paraíba-SP**. 2012. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-11102013-162435/pt-br.php>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

ARAÚJO, E. S. **Manual de Utilização da CIF em Saúde Funcional**. São Paulo: Andreoli, 2011.

ARAÚJO, E. S.; NEVES, S. F. P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica?. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 46-48, mar. 2014. Disponível em:< http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=537>. Acesso em: 26 jun. 2014.

ARAÚJO, F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Porto, v. 25, n. 2, p. 59-66, jul./dez. 2007. Disponível em:< <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2014.

ARRUDA, G. O. A. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 61-68, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0061.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-02217.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

BARROS, M. B. A. et al. Tendência das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3735-3768, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a12v16n9.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

BATISTA, J. A. Reflexões sobre o conceito antropológico de cultura. **Revista Saber Eletrônico**, Goiânia, v. 1, n. 1, nov./jun. 2010. Disponível em:< <http://www.unifaj.edu.br/NetManager/documentos/reflexoes%20sobre%20o%20conceito%20antropologico%20de%20cultura.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 823-29, set./out. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/21.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

BORGHI, A. C. et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 589-595, jul./ago. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0589.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

BORGHI, A. C.; CARREIRA, L. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 511-517, jul./set. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0511.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BUSSAB, W.Q; MORETTIN, P.A. A. **Estatística Básica**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgada em 5 outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nº 1/92 a 62/2009, pelo Decreto nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. 35. ed. **Brasília**: Câmara dos Deputados, 2010. Disponível em:<

bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=9>. Acesso em: 23 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: FUNASA, 2009a. Disponível em:<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde /FUNASA, 2002. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de Gestão 2008**. Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA, 2009b. Disponível em:<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2008.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do idoso**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: MS, 2008. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<<http://www.fn-de.gov.br/arquivos/category/116-alimentacao-escolar?download=7897:plano-de-aco-es-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-dcnt-no-brasil>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:<http://bvsm-saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<http://bvsm-saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 29-31, mar. 2003. Disponível em:<http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=298>. Acesso em: 10 set. 2014.

BUCHALLA, C. M.; LAURENTI, R. A Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 55-61, 2010.

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 2, p. 232-259, 2010. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38715/41568>>. Acesso em: 12 out. 2015.

CAPELLI, J.C.S; KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.433-437, mar-abr, 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n2/4188.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

CARDOSO, M. C. et al. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com autopercepção de saúde. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 111-124, 2012. Disponível em:<<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/17632/23191>>. Acesso em: 13 out. 2016.

CARDOSO, M. I.; MORAES, M. A. M.; PEREIRA, J. G. Práticas de autocuidado desenvolvidos por diabéticos tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista**

Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, v. 2, n. 1, p. 277-290, 2011. Disponível em:<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/118/pdf_1>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CARNELOSSO, M. L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, (Supl. 1), p. 1073-1080, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/014.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

CASTANHARO, R.; WOLFF, L.D.G. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 22, n. 1, p.175-186, 2014. Disponível em:<<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.019>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

CHARY, A. et al. Determining adult type 2 diabetes-related health care needs in an indigenous population from rural Guatemala: a mixed-methods preliminary study. **BMC Health Services Research**, v. 12, p. 476, dez. 2012. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3546905/pdf/1472-6963-12-476.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

CHEEVER, K. H.; BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

COCA, A. L. et al. Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados - MS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 244-257, maio/ago. 2010. Disponível em:<<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/937/pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, nov./dez. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a15.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.855-859, abr. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0855.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde das populações indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003. Disponível em:<<http://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

COTTA, R. M. M. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 823-835, nov./dez. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a04.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2016.

DAL FABBRO A. L. et al. High prevalence of type 2 diabetes mellitus in Xavante Indians from Mato Grosso, Brazil. **Ethnicity & Disease**, Atlanta, v. 24, n. 1, p. 35-40, 2014.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 914-920, nov./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/16.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

DIEHL, E. E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n8/09.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2016.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.819-831, maio 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>>. Acesso em: 01 set. 2016.

DONG, X.; SIMON, M. A. Gender variations in the levels of social support and risk of Elder Mistreatment in a Chinese Community Population. **Journal of Applied Gerontology**, Thousand Oaks, v. 29, n. 6, p. 720–739, 2010.

DUCA, G.F.D; SILVA, M.C; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p.796-805, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 48, n. 5, p. 661-673, mar. 1999.

ERBER, E. et al. Prevalence and risk factors for self-reported chronic disease amongst Inuvialuit populations. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, Oxford, v. 23, supl. 1, p. 43-50, set. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-277X.2010.01092.x/epdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

EZEOMAH, B.; FARAG, K. Effects of development on indigenous dietary pattern: A Nigerian case study. **Appetite**, Oxford, v. 107, p. 59-68, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666316302926>>. Acesso em: 12 out. 2016.

FARIA, H.T.G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p.231-237, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/05.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Revista Brasileira de Enfermagem**,

Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-856, set./out. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

FERNANDES, M. R. L. **Etnicidade e Territorialização**: um estudo da política indígena Mura em Autazes, Amazônia Central. 2009. 132f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Programa de Pós-graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2009. Disponível em:< <http://200.129.163.131:8080/bitstream/tede/2306/1/MARCIO%20ROBERTO%20LIMA%20FERNANDES.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

FERREIRA, M. E. V.; MATSUDO, T.; SOUZA, R. K. T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2327-2339, dez. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/05.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

FERUCCI, E.D.; TEMPLIN, D.W.; LANIER, A.P. Rheumatoid arthritis in American Indians and Alaska Natives: a review of the literature. **Seminars In Arthritis And Rheumatism**, v. 34, n. 4, p.662-667, 2005.

FIGUEIREDO, I.C.R.; JAIME, P.C.; MONTEIRO, CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p.777-785, 2008. Mensal. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6775.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

FONTES, A. B.; BOTELHO, M. A.; FERNANDES, A. A. A funcionalidade dos mais idosos (≥75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 91-107, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a10v16n1.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. D. E. Orem. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 609-616.

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/appe/v25n6/v25n6a17.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

FROTA, N. M. et al. Déficit de autocuidado de idosas institucionalizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13, n. 5, p. 983-94, 2012. Disponível em:<

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1156/pdf>>.

Acesso em: 10 maio 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório Final**. 2009.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em Enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 225-230, 2013. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In:

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Disponível em:<

http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br/livros/arquivos/CoLET15_Vias05WEB.pdf>.

Acesso em: 13 mar. 2015.

GHIGGI JUNIOR, A; LANGDON, E.J. Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios Kaingang, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1250-1258, June 2014. Disponível em:<

http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1250.pdf>. Acesso

em: 27 out. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOINS, R. T. et al. Adult caregiving among American Indians: the role of cultural factors. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 51, n. 3, p. 310-320, jul. 2011. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095652/pdf/gnq101.pdf>>.

Acesso em: 15 ago. 2016.

GOINS, R. T. et al. Differences in functional disability of Rural American Indian and white older adults with comorbid diabetes. **Research on Aging**, Thousand Oaks, v. 27, n. 6, p. 643-658, nov. 2005.

GOMES, M. P. **Os índios e o Brasil: passado, presente e futuro**. São Paulo: Contexto, 2012.

GRITTI, C. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 214-219, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-214.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

GUERRERO, A. F. H.; MAINBOURG, E. M. T.; GUERRERO, J. C. H. Condição nutricional de um grupo de idosos indígenas no distrito sanitário leste de Roraima. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ABRASCO, 2005. Disponível em:< <http://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Uso do Índice de Massa Corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavánte, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1865-1872, set. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/10.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

HECK, E.; LOEBENS, F.; CARVALHO, P. D. Amazônia indígena: conquista e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 237-257, jan./abr. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ea/v19n53/24091.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.

HELMAN, C. G. Introdução: a abrangência da antropologia médica. In: HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 11-25.

IMBIRIBA, E. B. et al. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 972-984, maio 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/04.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:< http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doença crônica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em:<<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. **Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:<<http://cod.ibge.gov.br/O2W>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

JÚNIOR, E.B.S.; OLIVEIRA, L.P.A.B.; SILVA, R.A.R. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On Line**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.516-524, abr./jun, 2014.

KASLOW, F. W. Families and family psychology at the millenium. **The American Psychologist**, Washington, v. 56, n. 1, p. 37-46, jan. 2002.

KATZ, E. Alimentação indígena na América Latina: comida invisível, comida pobres ou patrimônio culinário?. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 25-41, jan./jun. 2009. Disponível em:< <http://seer.ufrgs.br/index.php/EspacoAmerindio/article/view/8319/5217>>. Acesso em: 29 set. 2016.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 183, n. 12, p. 185-189, 1963. Disponível em:< http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/studies%20of%20illness%20in%20the%20aged_the%20index%20of%20ADL_%20a%20standardized%20measure%20of%20biological%20and%20psychosocial%20function.pdf> Acesso em: 29 mai. 2014.

KAWASAKI, K. **Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso**. 2004. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em:< <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000352560>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

KRALIK, D.; PRICE, K.; TELFORD, K. The meaning of self-care for people with chronic illness. **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**, Malden, v. 2, p. 197-204, 2010.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 18, p.173-180, maio/jun. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 40, n. 4, p. 179-186, 1969. Disponível em:< http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

LEININGER, M. M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **Journal Transcult Nurs**, Memphis, v. 13, n. 3, p.189-92, jul. 2002.

LEITE, M. T. et al. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. **Enfermería Global**, Murcia, n. 37, jan. 2015. Disponível em:< http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_clinica1.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

LENARDT, M. H. et al. O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 301-307, jul./set. 2010. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/120>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

LOYOLA-SANCHEZ, A. et al. The impact of arthritis on the physical function of rural Maya-Yucateco community and factors associated with its prevalence: a cross sectional, community-based study. **Clinical Rheumatology**, Brussels, v. 35, supl. 1, p. 25-34, jul. 2016. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957744/pdf/10067_2015_Article_3084.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

LUCIANO, G. S.B. **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, 2006. Disponível em:< <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154565por.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

LUNARDI, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Morbidade hospitalar de indígena Xavante, Mato Grosso (2000-2002). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 441-452, dez. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/01.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

MACHADO, A.; VIEIRA, M. C. U. Impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade da pessoa idosa portadora de condições crônicas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 81-91, jan./mar. 2015. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13703>>. Acesso em: 11 set. 2014.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, Baltimore, n. 14, p. 61-65, 1965. Disponível em:< http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.

MALETTA, C. H. M. **Epidemiologia das doenças crônicas**. 3. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2016.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 47-65, set. 2006. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 423-434, jul./set. 2013. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.18, supl, p.3-16, dez, 2015.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, jul./set. 2011. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

MANTOVANI, M. F. et al. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 336-342, jul./set. 2008. Disponível em:< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12964/8759>>. Acesso em: 22 set. 2016.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARINELLI, N. P. et al. Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por Enfermeiros. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 18, n. 32, dez. 2012. Disponível em:< <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/93/106>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

MARQUES, F. D. et al. A vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani MBYA. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 415-427, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00415.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MARQUES, L. D. S.; SILVA, B. Y. C. Caracterização nutricional, dietética e socioeconômica de portadores e não portadores de doença crônica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 323-338, abr./jun. 2015. Disponível em:< http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/876/pdf_627>. Acesso em: 13 set. 2016.

MARRONI, M. A. **Ocorrência das doenças crônicas e degenerativas em índios Kaingang da Reserva da Guarita Redentora e o cuidar no contexto da família**. 2005. 149f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 971-981, 2009. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a23.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.

MCEWEN, M.; WILLS, E. (Org.). **Bases teóricas de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, J. R. F. et al. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 319-333, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a18.pdf> >. Acesso em: 16 mar. 2015.

MILON, H. F. **A expressão da etnia Mura sobre talentos em estudantes indígenas: um diálogo intercultural na escola**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011. Disponível em: < <http://conbrasd.org/wp/wp-content/uploads/2013/05/A-express%C3%A3o-da-etnia-Mura-sobre-estudantes-ind%C3%ADgenas-talentosos.pdf> >. Acesso em: 19 mar. 2015.

MINOSSO, J. S. et al. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um Centro de Saúde-Escola da Universidade de São Paulo. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 12-18, jan./mar. 2010. Disponível em: < <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v15n1/v15n1a02.pdf> >. Acesso em: 31 jul 2016.

MIRANDA, S. M. R. Os Índios Pankararu da Favela Real Parque: entendendo as mudanças culturais. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 12-17, 2004. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84225998002> >. Acesso em: 16 fev. 2015.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, (Supl.1), p. 965-972, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a28v16s1.pdf> >. Acesso em: 29 jun. 2015.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2012.

MOREIRA, P. L. M.; VILLAS BOAS, P. J. F. Avaliação nutricional e capacidade funcional de idosos institucionalizados em Botucatu/SP. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 19-23, 2011. Disponível em: < <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2011-1.pdf> >. Acesso em: 09 fev. 2015.

MOSS, M. et al. Functional disability and associated factors among older Zuni Indians. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, Boston, v. 19, n. 1, p. 1-12, mar. 2004. Disponível em: < http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/Functional_Disability_in_Indian_Elders.pdf >. Acesso em: 05 set. 2015.

MOURA, A.A. et al. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Enfermería Global**, n. 43, p.14-27, jul. 2016.

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 459-465, maio/jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/13.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2015.

NAKAMURA, E.; MARTINS, D.; SANTOS, J. F. Q. **Antropologia para Enfermagem**. Barueri: Manole, 2009.

NASCIMENTO, F. F. et al. Cuidado à saúde da comunidade indígena Tremembé: olhar dos profissionais de saúde. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 51 p. 138-143, 2011. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/842/84218032003.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

NOGUEIRA, E. J. et al. Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos. **Iniciação Científica CESUMAR**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 65-70, jan./jun. 2009. Disponível em:< <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/viewFile/660/763>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415-428, jun. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-82, set./out. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop053_09.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

OLIVEIRA, C. F. P. **Educação e identidade indígena**: um estudo de caso sobre os limites e possibilidades da educação na (re) construção e reafirmação da identidade Mura. 2007. 266f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007. Disponível em:< <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp051014.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

OLIVEIRA, G. F. et al. Prevalence of hypertension and associated factors in indigenous community of central Brazil: a population-based Study. **Plos One**, San Francisco, v. 9, n. 8, jan. 2014. Disponível em:< <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0086278.PDF>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

OLIVEIRA, G. F. et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 29, n. 5, p. 315-321, maio 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n5/a03v29n5.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

OLIVEIRA, J. W. B.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. M. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 437-444, maio/jun. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a07.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

OLIVEIRA, M. L. C. **Análise da capacitação dos enfermeiros que atuam na atenção à saúde das populações Indígenas**. 2013. Dissertação (Mestrado Associado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Manaus, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

Disponível em:<
http://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/DISSERTACAO_Maria_Luiza.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

OLIVEIRA, N. F. et al. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p.301-307, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

OLIVEIRA, R. C. C. et al. Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan./mar. 2012. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/504>>. Acesso em: 17 out. 2015.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 129-137, jan./mar. 2012. Disponível em:< <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18869/pdf>>. Acesso em: 05 maio. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: OMS, 2004. Disponível em:< http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em:< http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.

OS MURA contemporâneos da Amazônia: forma de sobrevivência, dinâmica social e perspectiva de organização. Manaus: INPA, 2007.

PACHECO, S.S. Q.M; XAVIER, K. O. Práticas alimentares do grupo indígena Karirixocó, de Lauro de Freitas-BA: sustentabilidade e desafios em contextos de mudanças. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde / Food, Nutrition & Health**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.649-662, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16082/13756#.WBKUmnIrLIU>>. Acesso em: 16 out. 2016.

PAIVA, S. C. L. et al. A influência das comorbidades, do uso de medicamentos e da institucionalização na capacidade funcional dos idosos. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, Juiz de Fora, v. 6, p. 46-53, 2014. Disponível em:< <https://riee.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/view/2859/1068>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

PAGANO, M; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Cengage learning, tradução Luiz Sérgio de Castro Paiva, 2013.

PAKSERESHT, M. et al. Awareness of chronic disease diagnosis amongst family members is associated with healthy dietary knowledge but not behaviour amongst Inuit in Arctic Canada. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, Oxford, v. 23 (Suppl. 1), p. 100-109, out. 2010. Disponível em:< http://www.whyactnow.ca/wp-content/uploads/2015/01/57_PM_2010_JHND_Awarness-of-Chronic-disease-diagnosis-amongst-family-members-is-associated-with-healthy-dietary-knowledge-but-not-behaviour-amongst-Inuit-in-Arctic-Canada.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2016.

PASCHOAL, S. M. P. Independência e autonomia. In: JACOB FILHO, W.; KIKUCHI, E. L. **Geriatría e Gerontologia Básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PEQUENO, E. S. S. Mura, guardiões do caminho fluvial. **Revista de Estudos e Pesquisas**, Brasília, v. 3, n. 1/2, p. 133-155, jul./dez. 2006. Disponível em:< http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/revista_estudos_pesquisas_v3_n1_2/05_Mura_guardiaes_do_caminho_fluvial_Eliane%20Pequeno.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

PEREIRA, P.P.S; OTT, A.M.T. O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos, AM, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 957-966, Dez. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop5812.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2016.

PERLINI, N. M. O. G.; MANCUSSI E FARO, A. C. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-163, jun. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

PEZZUTI, J.; CHAVES, R. P. Ethnography and natural resources management by the Deni Indians, Amazonas, Brazil. **Acta Amazônica**, Manaus, v. 39, n. 1, p. 121-138, mar. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/aa/v39n1/a13v39n1.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2014.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: estudo Fibrá. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3449-3460, dez. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a02v18n12.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTE, A. L.; STAUFFER, A. K.; GARNELO, L. Profissionalização indígena no campo de saúde: desafios para formação técnica de agentes indígenas de Saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

PROOT, I. M. et al. Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. **Nursing Ethics**, London, v. 14, n. 2, p. 229-241, mar. 2007.

QUERMES, P. A. A.; CARVALHOS, J. A. Os impactos dos benefícios assistenciais para os povos indígenas Estudo de Caso em Aldeias Guaranis. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 769-791, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n116/10.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

REIS, D.A. et al. Saúde do idoso no Brasil: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE Online**, Recife, v. 10, n. 8, p.3077-3089, ago. 2016.

REIS, D. A. **Rede de apoio e necessidades educacionais frente ao cuidado familiar de idosos dependentes: uma contribuição para a Enfermagem**. 2013. 178f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013. Disponível em: <<http://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4014/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Deyvyllan%20Araujo%20Reis.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

RIBAS, D. L. B.; CONCONE, M. H. V. B.; PÍCOLI, R. P. Doenças e práticas terapêuticas entre os Teréna de Mato Grosso do Sul. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 160-170, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00160.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

RICARDO, F. **Povos Indígenas no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/quem-somos>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

RICHMOND, C.A.M.; ROSS, N. A.; EGELAND, G.M. Social support and thriving health: a new approach to understanding the health of Indigenous Canadians. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 97, n. 9, p. 1827-1833, set. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1994198/pdf/0971827.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

RISSARDO, L. K. et al. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 6, p.920-927, nov./dez. 2014.

ROCHA, A. K. S. et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Panamá de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 41-45, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n1/06.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-91, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2015.

ROCHA, T. E. S. et al. Identificação da alimentação atual, do povo Xerente, nas aldeias indígenas do estado do Tocantins. **Revista Ciaiq2015**, Aracaju, v. 1, p. 594-

599, 2015. Disponível em:< <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/330/325>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

RODRIGUES, K. N.; SANTOS, N. S. S. A percepção do indígena Xerente sobre a hipertensão arterial sistêmica, no Tocantins. **Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4549-4562, abr./jun. 2016. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5032/pdf_1916>. Acesso em: 21 set. 2016.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 40-48. 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.

RUIZ-PERDOMO, A. et al. Prácticas corporales acerca del cuidado de si en la comunidad indígena Sikuni. **Revista de la Facultad de Medicina**, Bogotá, v. 61, n. 4, p. 381-384, out./dez. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n4/v61n4a7.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2014.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, mar. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n3/02.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

SANTOS FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS, R. B. Papéis de autocuidado-subsídios para Enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.125-129, mar. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a19>>. Acesso em: 29 out. 2014.

SANTOS, A. L. et al. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 879-886, out./dez. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/19.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SANTOS, A. M.; FRANCO, S.; REIS, M. A. M. Fatores associados à perda da capacidade funcional em idosos em municípios no Sul do país. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, v. 8, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em:< <http://www.ggaging.com/details/106/pt-BR/factors-related-to-functional-capacity-of-elderly-people---a-study-in-a-south-brazilian-city>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SANTOS, F. J. **Além da conquista:** guerras e rebeliões indígenas na Amazônia pombalina. Manaus: Edua, 1999.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde ao Contexto Social**, Uberaba, v. 2, n. 3, p. 269-278, 2014. Disponível em:<

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1215/1066>>. Acesso em: 28 set. 2015.

SANTOS, M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 651-658, jun. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a15.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

SANTOS, R. V. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

Disponível em:< <http://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SARTI, C. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 25, n. 7, p. 77-90, out. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v25n7/a05v2574.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, n. 377, 2011. Disponível em:< <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20%202011%20Doen%27as%20cr%27nicas%20n%27o%20transmiss%27veis%20no%20Brasil.pdf?ssequence=1>>. Acesso em: 21 out. 2014.

SCOPEL, D. **Saúde e doença entre os Índios Mura de Autazes (Amazonas): processos socioculturais e a práxis da auto-atenção**. 2007. 146f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SEIMA, M. D. et al. Produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985-2011. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.851-857, out./dez. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a27v15n4.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos com dependência física e mental**. Lisboa: LIDEL, 2010.

SILVA, A. C.; LANGDON, E. J.; RIBAS, D. L. B. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: Contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Revista Tempus Acta Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em:<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1426/1201>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

SILVA, A. G. et al. **Aldeias Indígenas Mura**. Manaus: UFAM, 2008.

SILVA, C. C.; BETHONICO, M. B. M. População indígena e saúde na região de auarís-terra indígena Yanomami. **Texto & Debates**, Boa vista, n. 18, p. 251-268, jan./jun. 2010.

SILVA, C. L.; CARNEIRO, C. S.; OGUSUKU, K. S. Situações clínicas no sistema cardiovascular. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. (Org.). **Tratado de cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. São Paulo: Roca, 2012.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão do paradigmática para o cuidado de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 3, n. 43, p. 697-703, 2009. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40411/43389>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

SILVA, J. L. L. et al. Reflexões sobre o cuidado transcultural e o processo saúde doença: contribuições para a assistência de enfermagem. **Revista Pesquisa de Cuidado Fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3185-95, jan./mar. 2013. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1590/pdf_693>. Acesso em: 14 jun. 2014.

SILVA, N. C.; GONÇALVES, M. J. F.; LOPES NETO, D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 388-391, jul./ago. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a16v56n4.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 8, p. 1629-1638, ago. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/11.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

SILVEIRA, E.A. et al. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 20, n. 12, p.3689-3699, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3689.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016

SIMÕES, B. S. et al. Perfil Nutricional dos indígenas Xukuru-Kariri, Minas Gerais, de acordo com diferentes indicadores antropométricos e de composição corporal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 405-411, fev. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/12.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

SIQUEIRA, R. C. M.; MACHADO, V. F. Direito dos povos indígenas ou direito para os povos indígenas?. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, n. 6, p. 15-37, jun./dez. 2009. Disponível em:<<http://sisbib.fdv.br/index.php/direitosegarantias/article/viewFile/69/65>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

SOARES, J.F; SIQUEIRA, A.L. **Introdução à Estatística Médica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: (2012-2013). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: (2015-2016). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Disponível em:<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SOUZA FILHO, Z. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6 p. 1016-1026, 2015. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/108429/106737>>. Acesso em: 06 ago. 2016.

SOUZA, K. L. P. C. R.; ALVES, C. A. D. Diagnóstico nutricional de crianças e adultos indígenas atendidos pela rede pública de saúde no Brasil: um estudo exploratório. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 12, n. esp., p. 433-440, dez. 2013. Disponível em:<<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/9187/6753>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SOUZA, L. G.; SANTOS, R. V. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 355-365, mar./abr. 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n2/4180>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

SOUZA, M.C.; SALOMON, A.S.C.; LIMA, B.E.R. A prática do autocuidado pelo profissional docente Enfermeiro. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, n. 2, p.290-302, 2014.

STEPHENS, C. et al. Indigenous peoples' health-why are they behind everyone, everywhere?. **Lancet**, London, v. 366, n. 9479, p. 10-13, jul. 2005.

TAVARES, F.G; COIMBRA JUNIOR, C.E. A; CARDOSO, A.M. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1399-1409, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/25.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

TAVARES, R. S.; SILVA, D. M. G. V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 14-21, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a02v34n3.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

TAVARES, N.U.L. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 315-323, Abr./Jun, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00315.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

TAYLOR, S. C. The proper object of nursing and a theory of nursing practice. In: TAYLOR, S. C. **Self-care science, nursing theory and evidence-based practice**. New York: Springer Publishing Company, 2011. p. 3-27.

TEIXEIRA, P.; BRASIL, M.; SILVA, E. M. Demografia de um povo indígena da Amazônia brasileira: os sateré-mawé. **Revista Brasileira de Estudo de População**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 429-448, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n2/a11v28n2.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P. M. C. S. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 23-28, jan./fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n1/pt_0103-2100-ape-27-01-00023.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.

UNITED NATIONS. **Who are Indigenous peoples?** 2009. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2014.

VINHOLES, D. B.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; NEUTZLING, M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 791-799, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n4/10.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2016.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2541-2548, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a24v16n5.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10): version 2016**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic report of who consultation on obesity**. Geneva: WHO, 2000.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes-implicações para a prática. **Texto em Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 124-30, jan./mar. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

ZIMERMAM, G. I. **Velhice aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Apêndices

APÊNDICES

Apêndice A - Formulário para registro das caracterizações demográficas, socioeconômicas, ocupacionais, condições de saúde, prática de autocuidado e relacionada ao cuidado familiar

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, OCUPACIONAIS, DE SAÚDE, PRÁTICA DE AUTOCUIDADO E RELACIONADAS AO CUIDADO FAMILIAR.		Nº:	
		Local da coleta:	
Horas:		Data:	
1. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS			
1.1. Idade:		1.2. Sexo:	
Anos completo		1-M 2-F	
1.3 Naturalidade (Local de Nascimento/Cidade/Estado):		1.4 Data de Nascimento: ____/____/19__	
2. VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS			
2.1. Estado conjugal:			
☐ 1.Casado (a) ☐ 2.Divorciado(a) ☐ 3.Separado(a) ☐ 4.Solteiro(a) ☐ 5.Outros:_____			
2.2. Escolaridade:			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ☐ 1.Não alfabetizado ☐ 2.Primeiro ano ☐ 3.Primeira série/segundo ano ☐ 4.Segunda série/terceiro ano ☐ 5.Terceira série/quatro ano ☐ 6.Quarta série/quinto ano ☐ 7.Quinta série/sexta ano </div> <div> ☐ 8.Sexta série/sétimo ano ☐ 9.Sétima série/oitavo ano ☐ 10.Oitava série/nono ano ☐ 11Curso não seriado (supletivo) ☐ 12. Outros:_____ </div> </div>			
2.3. Religião:			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ☐ 1.Católico(a) ☐ 2.Evangélico(a). Qual?_____ ☐ 5.Outros:_____ </div> <div> ☐ 3.Espírita. Qual?_____ ☐ 4.Não tem religião </div> </div>			
2.4. Situação ocupacional:			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ☐ 1.Empregado(a).Qual:_____ ☐ 2.Desempregado(a) </div> <div> ☐ 3.Aposentado(a).Profissão que exercia:_____ ☐ 4.Outros:_____ </div> </div>			
2.5. Domicílio:			
2.5.1 Número de moradores:		2.5.2 Número de cômodos existente:	
<input type="text"/> Quantidade		<input type="text"/> Quantidade	
2.5.3. Condição de ocupação (tipo de moradia):			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ☐ 1.própria ☐ 2.alugado </div> <div> ☐ 3.cedido provisoriamente ☐ 4.Outros:_____ </div> </div>			

2.5.4. Com quem mora:

☐ 1. Sozinho	☐ 8. Bisneto(a)
☐ 2. Cônjuge ou companheiro(a)	☐ 9. Sobrinho(a)
☐ 3. Filho(a)	☐ 10. Irmã
☐ 4. Enteado(a)	☐ 11. Irmão
☐ 5. Genro	☐ 12. Avô
☐ 6. Nora	☐ 13. Avó
☐ 7. Neto(a)	☐ 14. Outros. Qual?: _____

2.5.5. Número de adultos: _____**2.5.2. Número de adolescentes:** _____**2.5.6. Número de crianças:** _____**2.5.7. Número de idosos:** _____**2.6. Renda pessoal (mensal):** _____ (salário(s) mínimo(s) ou R\$: _____ (reais)**2.7. Renda familiar (mensal):** _____ (salário(s) mínimo(s) ou R\$: _____ (reais)**2.8. Outra renda (pessoal/familiar/bolsa família/benefício):** _____ (salário(s) mínimo) ou R\$: _____ (reais)**3. VARIÁVEIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE****3.1. Familiares com alguma doença crônica** (antecedente familiar):

- ☐ 1. Não (Não sabe, Não sabe informar)
- ☐ 2. Sim. Qual?: _____
- Quem: _____

Apresenta:	1. Não	2. Sim	3. Qual?	4. Há quanto tempo?
3.5. Doença cardíaca (pressão alta e outras)				
3.6. Doença respiratória (doença do pulmão)				
3.7. Doença autoimune (doença do sangue)				
3.8. Doença renal ou urinária				
3.9. Doença visual (enxergar)				
3.10. Doença de pele				
3.11. Doença mental				
3.12. Doença da audição (doença do ouvido)				
3.13. Doença metabólica (diabetes e outros)				
3.14. Neoplasia (câncer)				
3.15. Doença da coluna/osso				
3.16. Outras (doença crônica e deficiência):				

3.17. Conhecimento da doença (Conhece a sua doença?):

- ☐ 1. Não (Não sabe, Não sabe informar)
- ☐ 2. Sim. Descreva: _____

3.18. Realiza consulta periódica na unidade (Polo- base do Pantaleão):

- ☐ 1. Não. Por que?: _____
- ☐ 2. Sim. Frequência: _____

3.19. Peso e altura:

- ☐ 1. Não (Não sabe, Não sabe informar)
- ☐ 2. Sim. Peso _____ kg e Altura _____ cm

3.20. Internação em um hospital por complicação da doença crônica (nos últimos 12 meses):*

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim. Qual motivo: _____
☐ 3. Frequência: _____ (vezes nos últimos 12 meses)

3.21. Autoavaliação de saúde (Avalia a sua saúde):

- ☐ 1. Muito boa ☐ 2. Boa
☐ 3. Regular ☐ 4. ruim
☐ 5. Muito ruim

4. VARIÁVEIS SOBRE AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO**4.1. Hábitos alimentares:****4.1.1 Número de refeições por dia:**

- ☐ 1. Uma refeição
☐ 2. Duas refeições
☐ 3. Três refeições
☐ 4. Quatro refeições
☐ 5. Acima de cinco refeições

4.1.2. Consumo de frutas:

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim. Qual: _____
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.3. Consumo de verduras:

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim. Qual: _____
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.4. Consumo de legumes:

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.5. Consumo de carne (carne bovina, suína ou carne vermelha):

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim. Qual: _____
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.6. Consumo de frango:

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim. Qual: _____
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.7. Consumo de galinha de quintal (galinha ou pato):

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim.
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.8. Utiliza a pele do frango ou da galinha para comer:

- ☐ 1. Não
☐ 2. Sim. Como utiliza: _____

4.1.9. Consumo de peixes:

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim. Qual: _____ (tipo de peixe)
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.10. Consumo de carne silvestre:

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim. Qual: _____
☐ 3. Frequência: _____ (semana)

4.1.11. Consumo de sal na refeição já servida em seu prato:

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim

4.1.12. Consumo de refrigerante:

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim. Qual? _____
☐ 3. Frequência _____ (semana)
☐ 4. Tipo (normal, diet, light, zero, ambos): _____

4.1.13. Consumo de suco industrializado:

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim.Qual? _____
☐ 3.Frequência: _____ (semana)
☐ 4.Tipo (caixa, pacote, necta): _____

4.1.14. Costuma comer doces:

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim.Qual? _____
☐ 3.Frequência: _____ (semana)
☐ 4.Qual: _____

4.1.15. Consumo de alimentos industrializados (comida enlatada, preparada e outros):

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim. Qual? _____
☐ 3.Frequência: _____ (semana)

4.1.16. Consumo habitual de frituras (Consumir frituras):

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim. Qual é o alimento: _____
☐ 3.Frequência: _____ (semana)

4.1.17. Segue alguma orientação alimentar (restrição alimentar para evitar alteração da sua doença):

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim. Qual?: _____

4.2. Hábito de fumar:

- ☐ 1.Não
☐ 2.Sim
☐ 3.Ex-tabagista.Tempo _____ (meses/anos)
☐ 4. Com quantos anos começou: _____
☐ 5. Frequência por dia: _____

4.2.1. Tipo de produto do tabaco:

- ☐ 1.Cigarro de palha ou enrolados a mão
☐ 2. Cigarro industrializado
☐ 3.Charuto
☐ 4.Cachimbo
☐ 5.Outros: _____

4.2.2. Tem dificuldade de parar:

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim. Por quê?: _____

4.3. Hábitos de bebidas alcoólicas:

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim
- ☐ 3. Ex-etilismo. Tempo: _____ (meses/ano)
- ☐ 4. Com quantos anos começou: _____

4.3.1 Frequência de consumo de bebida alcoólica (semana):

- ☐ 1. Uma a duas vezes
- ☐ 2. Três a quatro vezes
- ☐ 3. Cinco a seis vezes
- ☐ 4. Sete a oito vezes
- ☐ 5. Todos os dias
- ☐ 6. Outros: _____

4.3.2. Tipo de bebida alcoólica:

- ☐ 1. Cachaça
- ☐ 3. Cerveja
- ☐ 5. Outros: _____
- ☐ 2. Vodka
- ☐ 4. Whisky

4.3.3. Tem dificuldade de parar:

- ☐ 1. Não
- ☐ 2. Sim. Por quê?: _____

4.4. Prática de Exercício físico:

- ☐ 1. Não.
- ☐ 2. Sim. Qual: _____

4.4.1. Há quanto tempo prática exercício físico:

meses anos

4.4.2. Frequência de Exercício físico (semana):

- ☐ 1. uma a duas vezes
- ☐ 3. cinco a seis vezes
- ☐ 5. Outros: _____
- ☐ 2. três a quatro vezes
- ☐ 4. Todos os dias

4.5. Pratica algum esporte:

- ☐ 1. Não.
- ☐ 2. Sim. Qual: _____
- ☐ 3. Há quanto tempo: _____ (Meses/Anos)
- ☐ 4. Frequência: _____ (semana)

4.6. Toma medicamento (prescrito pelo profissional de saúde):

- ☐ 1. Não (Não sabe, Não sabe informar)
- ☐ 2. Sim. Qual/quais: _____
- ☐ 3. Tempo de início: _____
- ☐ 4. Quantos vezes por dia: _____

4.7. Quais são as atividades que você desempenha para o seu autocuidado? (promove o próprio cuidados para a sua DCNT):

4.8. Qual é a sua dificuldade para realizar o autocuidado?**4.9. Você recebeu orientação de alguma pessoa para desenvolver o seu autocuidado?**

(profissional de saúde)

☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____
O que: _____ (orientação)**5. VARIÁVEIS SOBRE CUIDADO FAMILIAR****5.1. Conta com alguém que o ajude** (domicílio):☐ 1.Não☐ 2.Sim. Quem: _____
O que faz: _____**5.2. Conta com alguém para ouvir** (triste e outras situações):☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____**5.3. Conta com alguém para lhe dar conselhos** (tomada de decisões):☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____**5.4. Conta com alguém para levá-lo quanto precisa de atendimento médico:**☐ 1.Não☐ 2.Sim. Quem: _____**5.5. Conta com alguém que demonstre amor e afeto** (atenção, dar abraços):☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____**5.6. Conta com alguém para se divertir** (distrain):☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____
O que faz: _____**5.7. Conta com alguém para informação e esclarecimento** (situação de saúde):☐ 1.Não☐ 2.Sim. Quem: _____**5.8. Conta com alguém que confia** (confidencias):☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____**5.9. Conta com alguém que ajuda nas tarefas diárias** (preparar refeições, arrumar, limpar e outras atividades no domicílio):☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____
Quais: _____
Duração: _____**5.10. Conta com alguém que ajuda em dinheiro:**☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____
Duração: _____**5.11. Conta com alguém que ajuda em rancho ou alimento:**☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____
Duração: _____**5.12. Conta com alguém quando está doente** (complicação ou alteração da DCNT):☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____**5.13. Conta com alguém para realizar alguma atividade fora do domicílio:**☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____
O que faz: _____**5.14. Conta com alguém para ajuda nos cuidados pessoais:** (tomar banho, comer, levantar e outros)☐ 1.Não☐ 2.Sim.Quem: _____
O que faz: _____

OBS: Instrumento aplicado exclusivamente pelo pesquisador. Em alguns momentos foram utilizadas linguagem dos indígenas para a compreensão das perguntas do formulário, como exemplo, a palavra consumo foi substituído por comer.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-TCLE

Nome do participante: _____

Prezado(a) Senhor (a)

Convidamos você para participar do estudo “As práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios mura de Autazes, Amazonas” que tem como objetivo principal identificar as práticas que realizam para se cuidar e se contam com ajuda de familiares.

Este estudo é para obtenção do Título de Doutor em Ciências do curso de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROESA-EEUSP) e Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas (EEM-UFAM). Os responsáveis pelo estudo são Deyvylyan Araujo Reis, aluno regular do Doutorado Interinstitucional da Escola de Enfermagem da USP e professor da Universidade Federal do Amazonas, tendo como sua orientadora a Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP.

Se concordar em participar deste estudo, durante a entrevista, você responderá a perguntas sobre: a) identificação pessoal (idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, religião, situação ocupacional), número de moradores no domicílio, com quem mora na sua residência, renda familiar; b) situação de saúde, que incluindo a presença de doenças e atendimento médico que recebe; c) as atividades que desenvolve para o seu próprio cuidado (hábito alimentares, hábito de fumar, hábito de ingerir bebida alcoólica e atividade física); d) cuidado por parte da família, com quem pode contar para ajudar, ouvir, conselhos, demonstrar afeto e amor, divertir, preparar a refeição, ajudar nas tarefas de casa e ajuda em dinheiro; e) atividades da vida no dia a dia. O tempo gasto, em média, para completar toda a avaliação é de 30 minutos.

Informo que sua participação é de livre vontade e as informações serão mantidas em segredo para você não ser identificado e os resultados do estudo serão publicados em revistas de saúde.

O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e colaborar para aprimorar e estimular pesquisas sobre o assunto, que podem trazer impactos positivos na vida dos índios participantes, além de possibilitar novas abordagens no tratamento e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde ao índio com doença crônica. Como pesquisador meu compromisso é de divulgar os resultados desta pesquisa através de palestras dirigidas para as pessoas que foram os participantes do estudo e disponibilizar uma cópia do projeto final do estudo ao representante local. Comprometo-me ainda informar os resultados finais desta pesquisa, sob minha responsabilidade, para todas as instituições (FUNAI, DSEI/MAO, CONDISI) envolvidas nesta, através de um relatório de resultados finais.

Você poderá desistir em participar do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento sem qualquer prejuízo. Você não terá gastos para participar do estudo e também não receberá dinheiro pela sua participação.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos maiores ou menores. Nesse estudo os riscos são mínimos, portanto caso você apresente desconforto diante das

perguntas, o pesquisador irá tomar medidas para amenizar como utilizar atitudes como parar imediatamente a entrevista e podendo encaminhá-lo quando necessário para equipe de saúde que o atende para o apoio emocional e psicológico sem nenhuma despesa financeira.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Terezina 495- Adrianópolis, Manaus, AM, CEP 69057-070 ou pelo telefone (92) 994831818. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-CEP-EEUSP, Telefone: (11) 3061-7548, ou também pelo e-mail: edipesq@usp.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Consentimento Pós-Informação

Li e entendi a finalidade deste estudo, assim como os benefícios e riscos possíveis da participação no mesmo. Pude fazer perguntas e todas elas foram respondidas. Ficou claro também que minha participação não tem pagamento nem qualquer despesa e que tenho garantia a tratamento, se forem identificadas alterações de saúde e poderei sair dele a qualquer momento, antes ou durante seu desenvolvimento.

Eu, por meio deste, dou livremente meu consentimento para participar no estudo, assinando este termo de consentimento em duas vias (1ª via pesquisador e 2ª via participante).

(Assinatura do participante) ____ / ____ / ____ (dia mês ano)

Impressão Datiloscópica

Nome e assinatura do pesquisador

Anexos

ANEXOS

Anexo A- Índice de Barthel

ITENS		DESCRIÇÃO	PONTOS
1	Alimentação	1. Independente (capaz de se alimentar sozinho) 2. Necessita de alguma ajuda (Necessita de ajuda para corta, levar à boca) 3. Dependente	10 5 0
2	Higiene pessoal	1. Independente (Lavar a face, mãos e dentes. Faz a barbar) 2. Dependente	5 0
3	Uso do sanitário	1. Independente (usa-se sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranjar-se sozinho) 2. Necessita de ajuda (necessita de outra pessoa ou dispositivo para realizar a atividade) 3. Dependente	10 5 0
4	Banho	1. Independente (Tomar banho. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) 2. Dependente	5 0
5	Vestir	1. Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa) 2. Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza no bom tempo) 3. Dependente	10 5 0
6	Controle fecal	1. Continente (Não apresenta episódios de incontinência) 2. Necessita de ajuda (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda) 3. Incontinente	10 5 0
7	Controle urinário	1. Continente (Não apresenta episódios de incontinência) 2. Necessita de ajuda (Episódio ocasionais de incontinência) 3. Incontinente	10 5 0
8	Deambular	1. Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou ajuda de andarilho) 2. Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) 3. Independente com cadeira de roda (anda pelo menos 50 metros) 4. Dependente	15 10 5 0
9	Transferência da cadeira para a cama	1. Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) 2. Necessita de ajuda mínima ou supervisão (Ajuda mínima e supervisão) 3. Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) 4. Dependente	15 10 5 0
10	Subir e descer escadas	1. Independente (Sobe e desce a escadas. Pode usar um instrumento de apoio) 2. Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) 3. Dependente	10 5 0
TOTAL			
Pontuação do Índice de Barthel:			
90-100 pontos: Independente			
60-89 pontos: Ligeiramente Dependente			
40-55 pontos: Moderadamente dependente			
20-35 pontos: Severamente dependente			
< 20 pontos: Totalmente dependente			

Anexo B- Escala de Lawton

ATIVIDADES DA AIVDs		AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	1.Sem ajuda 2.Com ajuda parcial 3.Não consegue	3 2 1
TOTAL		_____ pontos	
PONTUAÇÃO DA ESCALA DE LAWTON:			
Dependência total (igual a 9 pontos)			
Dependência parcial (10 a 26 pontos)			
Independência (igual a 27 pontos)			
OBS: Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda ou dependência parcial; e a terceira, dependência total. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim, limpar o quintal (varrer ou outros).			

ANEXO C - CEP DA EEUSP-APROVAÇÃO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: As práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura de Autazes, Amazonas		
Pesquisador: DEYVYLAN ARAUJO REIS		
Área Temática: Estudos com populações indígenas;		
Versão: 4		
CAAE: 45275015.4.0000.5392		
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.363.967		
Apresentação do Projeto:		
<p>As práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura de Autazes, Amazonas.</p> <p>este projeto será realizado no âmbito do Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER) da CAPES, em convênio estabelecido entre Programa de Pós-Graduação na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROESA-EEUSP) e Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas (EEM-UFAM).</p> <p>Os povos indígenas brasileiros estão passando por mudanças intensas em sua relação com a terra, costume, trabalho, urbanização e a incorporação de novos hábitos culturais, como o consumo de alimentos industrializados e diminuição das atividades físicas, que conduzem à predominância de DCNT, tais como a obesidade, hipertensão e diabetes mellitus.</p> <p>Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal com abordagem quantitativa, que será realizada no polo Pantaleão da zona urbana do município de Autazes do Estado do Amazonas. Farão parte deste estudo 201 índios adultos com doenças crônicas da etnia Mura. A amostra a ser estudada foi calculada considerando a prevalência de doenças crônicas de 20%. Essa amostra também é válida para prevalências menores de 20% e acima de 80%.</p> <p>Os instrumentos de coleta de dados consiste em um formulário para caracterização sociodemográfica e de saúde, bem como dois instrumentos validados o Índice de Barthel e a Escala</p>		
Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000 UF: SP Município: SÃO PAULO Telefone: (11)3061-0858 E-mail: cepes@usp.br

Continuação do Parecer: 1.303.907

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_MODIFICA DO.docx	13/11/2015 17:33:45	DEYVYLAN ARAUJO REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.docx	13/11/2015 17:31:07	DEYVYLAN ARAUJO REIS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	29/08/2015 15:40:24	DEYVYLAN ARAUJO REIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Sim

SAO PAULO, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por:
 Lisabelle Mariano Rossato
 (Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8958 E-mail: cepes@usp.br

ANEXO D - CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA CONEP- APROVAÇÃO

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura de Autazes, Amazonas

Pesquisador: DEYVYLAN ARAUJO REIS

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 45275015.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.416.083

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) é um fenômeno mundial que vem ocorrendo nas últimas décadas em todos os países. No ano de 2005, já se registrava que o número total previsto era de 58 milhões de óbitos por todas as causas, sendo que dessas doenças crônicas não transmissíveis correspondiam a 35 milhões, o que significa o dobro do número de morte a serem causadas por todas as doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, tuberculose e malária), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas. Dessa forma, o padrão de mortalidade foi profundamente alterado no século XX em diferentes países, ocorrendo mudanças na concentração dos óbitos entre as doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, as DCNT eram problema de saúde de maior magnitude e responsável por cerca 72% das causas de mortes no ano de 2007, atingindo fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis. No ano de 2009, representavam 46% das mortes em capitais brasileiras, correspondendo a 60% na região norte, 49% no Nordeste, 43% no Sudeste, 40% no Centro-Oeste e 39% no Sul. Com a mudança no perfil das doenças na população brasileira em decorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuíram para o maior risco na população do desenvolvimento de DCNT. As DCNT são atribuíveis às doenças

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Continuação do Parecer: 1.416.003

Outros	DOCUMENTO_FUNAI.pdf	17:39:35	REIS	Acelto
Outros	DOCUMENTO_FUNAI_A.PDF	13/11/2015 17:36:11	DEYVYLAN ARAUJO REIS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_MODIFICA DO.docx	13/11/2015 17:33:45	DEYVYLAN ARAUJO REIS	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_MODIFICADO.docx	13/11/2015 17:31:07	DEYVYLAN ARAUJO REIS	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	29/08/2015 15:40:24	DEYVYLAN ARAUJO REIS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

BRASILIA, 19 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO E - TERMO DE ANUÊNCIA DO CONSELHO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA (DSEI) DE MANAUS

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus
Avenida Djalma Batista, 1018 – Chapada – Manaus/AM 69050-010

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisa intitulada "ESTUDOS COM OS POVOS INDÍGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS PROCESSO SAÚDE DOENÇA, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM", sob a Coordenação da Professora Doutora Angela Maria Geraldo Pierin, cuja responsabilidade na sua execução, será a si atribuída, recebe desta Signatária a necessária e devida autorização para a sua consecução neste Distrito de Saúde Indígena (DSEI- Manaus- Am).

Para tanto, fica disponibilizado toda a estrutura técnica funcional de acesso aos serviços que se fizerem necessários, sob a condução da Coordenadora Distrital de Saúde Indígena DSEI – Manaus Adarcylne Magalhães Rodrigues.

Manaus, 25 de agosto de 2014.

Adarcylne Magalhães Rodrigues
Coordenadora Distrital de Saúde Indígena-DSEI - Manaus
nº 1.212/2011
Coordenadora Distrital de Saúde Indígena DSEI – Manaus

ANEXO F- TERMO DE ANUÊNCIA DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE MANAUS

Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus
Avenida Djalma Batista, nº 1018, Chapada/Manaus-AM 69050-010
Fone (92) 3643-8550/Ramal 8557, E-mail: condisi.mao@gmail.com

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisa intitulada "ESTUDOS COM OS POVOS INDIGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS PROCESSO SAÚDE DOENÇA, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM", sob a Coordenação da Professora Doutora Angela Maria Geraldo Pierin, cuja responsabilidade na sua execução, será a si atribuída, recebe desta Signatária a necessária e devida autorização para a sua consecução neste Conselho Distrital de Saúde Indígena de Manaus - CONDISI/MAO.

Para tanto, fica disponibilizado toda a estrutura técnica funcional de acesso aos serviços que se fizerem necessários, sob a condução do Secretário Adjunto do CONDISI Manaus, o Senhor Zé Almir dos Santos Gomes.

Manaus, 25 de agosto de 2014.

Zé Almir dos Santos Gomes
Secretário Adjunto do CONDISI – Manaus

ANEXO G - TERMO DE ANUÊNCIA DA FUNAI REGIONAL

Ministério da Justiça
Fundação Nacional do Índio
Coordenação Regional de Manaus
Rua Maceió nº 224 – Adrianópolis – CEP. 69.057-010

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “**ESTUDO COM POVOS INDÍGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS: PROCESSO SAÚDE DOENÇA, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**”, junto à população indígena Mura, sob a coordenação e a responsabilidade do Profa. Dra. Ângela Maria Geraldo Pierin, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Curso de Doutorado Interinstitucional Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Amazonas/DINTER, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 28 de agosto de 2014.

Elvira dos Santos Oliveira
Coordenador Regional Substituto
Portaria nº 268/PRES/2014

Nome – cargo/função

ANEXO H - AUTORIZAÇÃO PARA IGRESSO EM TERRA INDÍGENA PELA FUNAI

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA
Nº 130/AAEP/PRES/2015					
IDENTIFICAÇÃO					
Nome: Deyvylan Araujo Reis			Processo nº: 08620.071685/2014-97		
Nacionalidade: Brasileiro			Identidade: 1535797-0 SSP/AM		
Instituição/Entidade: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo					
Patrocinador: Programa de Doutorado Institucional (DINTER) da CAPES, entre o Programa de Pós Graduação em Saúde de Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROESA_EEUSP) e a Escola de Enfermagem da Universidade do Amazonas (EEM-UFAM).					
OBJETIVO DO INGRESSO					
Desenvolver a pesquisa intitulada "As práticas de autocuidado e o cuidado familiar dos índios Mura de Autazes, Amazonas".					
EQUIPE DE TRABALHO					
Nome		Nacionalidade		Documento	
*****		*****		*****	
*****		*****		*****	
*****		*****		*****	
LOCALIZAÇÃO					
Terra Indígena: Pantaleão			Povo Indígena: Mura		
Coordenação-Regional: Manaus			CTL:		
VIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO					
Início: 20/10/2015			Término: 20/10/2017		
RESSALVAS: * Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização; * Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade; * Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético; * Remeter a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/FUNAI, duas cópias de relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons e outras produções oriundas do trabalho realizado.					
Autorizo. <div style="text-align: center;"> Brasília, 19 de outubro de 2015 JOÃO PEDRO GONÇALVES DA COSTA Presidente </div>					

REUNIÃO DO CONSELHO INDÍGENA MURA DE AUTAZES

Ao décimo terceiro dia do mês de Março do ano de 2015, às 09:00 (nove horas), reuniram-se na Rua: Raimundo Cavalcante, nº 793- Bairro: Waldomiro Sampaio, Autazes - Amazonas, os membros do Conselhos Indígenas, indígenas Mura e os doutorandos do Programa de Pós Graduação de Enfermagem na Saúde do adulto-DINTER USP/UFAM, com o objetivo de solicitar a autorização do projeto intitulado "ESTUDOS COM OS POVOS INDÍGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS: PROCESSO SAÚDE DOENÇA, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM" sob a Coordenação da Professora Drª Angela Maria Geraldo Pierin. Apreciado e aprovado a realização do estudo por unanimidade, e que consta assinado pelo presidente do conselho, conselheiros, indígenas da etnia Mura.

LISTA DE PRESENÇA E AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO INDÍGENA MURA
13/03/2015-Horário: 09h:00min

Olavo C. de Oliveira - Conselho Local. Alvinia Pontalva
 Manoel Garcia dos Santos presidente ind.
 Ramundo Renato Marques de Mendonça Coord do CIM
 Eládio Pereira Silva exelheiro do CIM
 Antonia Esmeraldo Brasil.
 Dilcilda Esmeraldo Brasil
 Maria Almira dos Santos Pereira
 Jotume de Moraes Mota

ANEXO J - TERMO DE ANUÊNCIA DO CONSELHO INDÍGENA MURA

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisa intitulada "ESTUDOS COM OS POVOS INDÍGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS PROCESSO SAÚDE DOENÇA, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM", sob a Coordenação da Professora Doutora Angela Maria Geraldo Pierin, cuja responsabilidade na sua execução, será a si atribuída, recebe desta Signatária a necessária e devida autorização para a sua consecução neste Conselho Indígena Mura.

Manaus, AM, 13 de Março de 2015

~~Coordenador Geral do CIM~~

~~CPF: 317.189.682-40~~

Raimundo Nonato Marques de Menezes

Raimundo Nonato
Presidente do Conselho Indígena de Autazes

- *Olavo Carne de Lima* Conselho Local de Saúde Pontalão
- *Marcos Garcia dos Santos* representante ind. CN
- *Gláudio pereira mura* local de emi
- *Antônia Esmeraldo Brasil*

Anexo K - Fotos do arquivo pessoal

Fotografia 1- Mapa da Terra Indígena Mura na cidade de Autazes, Manaus-Amazonas, 2016.

Fotografia 2 -Imagem da lancha (voadeira) com destino a cidade de Autazes-Amazonas, 2016.

Fotografia 3 - Imagem da travessia pelo rio Mamori do município de Autazes-Amazonas, 2016.

Fotografia 4 -Imagem da frente do município de Autazes-Amazonas, 2016.

Fotografia 5 - Imagem de animais encontrados durante a coleta de dados no município de Autazes-Amazonas, 2016.

Fotografia 6 - Imagem das residências durante a coleta de dados no município de Autazes-Amazonas, 2016.